XIV INTERNATIONALER KONGRESS FÜR HYGIENE u. DEMOGRAPHIE BERLIN 1907

DIE GESETZLICHEN GRUNDLAGEN DER SEUCHENBEKÄMPFUNG IM DEUTSCHEN REICHE

VON

M. KIRCHNER

FESTSCHRIFT

DARGEBOTEN

VON DEM PREUSSISCHEN MINISTER DER GEISTLICHEN, UNTERRICHTS UND MEDIZINAL ANGELEGENHEITEN

XIV. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

Die gesetzlichen Grundlagen der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche

unter besonderer Berücksichtigung

Preußens

Von

Dr. Martin Kirchner,

Geheimem Obermedizinalrat und vortragendem Rat im Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, Mitglied der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, des Apothekerrats und des Reichsgesundheitsrats, a. o. Professor an der Universität zu Berlin, Generaloberarzt der Reserve.

Festschrift,

dargeboten von dem Preußischen Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten.

Jena

Verlag von Gustav Fischer

1907

Vorwort.

Durch das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905 und die zu demselben erlassenen Ausführungsbestimmungen, deren letzte am 9. Juli 1907 erschienen ist, ist die durch das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900, in Angriff genommene Neuregelung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche zu einem vorläufigen Abschluß gebracht worden.

Die Handhabung dieser beiden umfassenden Gesetze ist ohne die Kenntnis der Ziele und Erwägungen, welche für die Gesetzgeber maßgebend waren, nicht möglich, auch setzt die Ausführung des preußischen Gesetzes eine gründliche Bekanntschaft mit dem Geiste und den Absichten des Reichsgesetzes voraus. Ein Kommentar zu den beiden Seuchengesetzen dürfte daher einem Bedürfnis entsprechen.

Wenn ich mich dieser Arbeit unterzogen habe, so geschah es nicht nur, weil ich als dankbarer Schüler von Robert Koch die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten als das Ziel und den Angelpunkt der Hygiene und als meine Lebensaufgabe betrachte, sondern weil es mir vergönnt gewesen ist, bei der Beratung der Ausführungsbestimmungen zum Reichsgesetz mitzuwirken und das preußische Gesetz und seine Ausführungsbestimmungen im Entwurfe auszuarbeiten und im Landtage mitzuvertreten, und weil ich mit allem, was während der letzten 10 Jahre im Reiche und in Preußen auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung geschehen ist, in Fühlung habe sein dürfen.

Den Gedanken, einen solchen Kommentar zu schreiben, legte mir der Direktor der Medizinalabteilung, Herr Wirklicher Geheimer Oberregierungsrat Dr. Förster, schon im Jahre 1905 sofort nach der Annahme des preußischen Gesetzes durch den Landtag nahe. Der Abschluß der Arbeit war mir jedoch erst nach dem Erscheinen sämtlicher Ausführungsbestimmungen möglich. Als Zeitpunkt für die Ver-

öffentlichung durfte ich auf Fürsprache des Direktors der Ersten Unterrichtsabteilung, Sr. Exzellenz des Herrn Wirklichen Geheimen Rats Dr. Althoff, den bevorstehenden XIV. Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie wählen, welchem auf Vorschlag des genannten Herrn Direktors Se. Exzellenz Herr Staatsminister Dr. Holle den Kommentar als eine der Festschriften des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten darzubieten beschlossen hat.

Dem Herrn Minister und den beiden Herren Ministerialdirektoren darf ich für die mir dadurch erwiesene hohe Auszeichnung auch an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank aussprechen.

Zugleich möchte ich dem Wunsche und der Hoffnung Ausdruck geben, daß meine Arbeit für diejenigen, welche innerhalb des deutschen Vaterlandes und meiner engeren preußischen Heimat im Dienste der Seuchenbekämpfung stehen, nicht ohne Nutzen und auch für die ausländischen Teilnehmer an dem Kongreß nicht ohne Interesse sein möchte.

Beides habe ich auch dadurch zu erreichen gesucht, daß ich die Bestimmungen beider Gesetze nicht einfach paragraphenweise abgehandelt, sondern ihrem Inhalte nach zusammengestellt und besprochen und dabei, soweit möglich, auch die Verhältnisse der übrigen deutschen Bundesstaaten berücksichtigt habe. Dies habe ich namentlich bezüglich Braunschweigs getan, weil es neben Preußen der einzige deutsche Bundesstaat ist, der in neuester Zeit zu einer durchgreifenden Neuregelung der Seuchengesetzgebung geschritten ist, und weil dem neuen braunschweigischen Seuchengesetz der erste Entwurf des preußischen Seuchengesetzes zu Grunde gelegt worden ist. Ein Vergleich des braunschweigischen und des preußischen Gesetzes ist nach mehr als einer Richtung hin von Interesse.

Die neuen Seuchengesetze sind, wie alles Menschliche, nicht frei von Mängeln, an denen ich bei meiner Besprechung nicht stumm vorübergehen durfte. Trotzdem stellen sie einen gewaltigen hygienischen Fortschritt dar, der sich als um so größer und segensreicher erweisen wird, je liebevoller und gründlicher alle, die es angeht, sich mit dem Geiste und Inhalt der Gesetze vertraut zu machen suchen. Die übertragbaren Krankheiten sind vermeidbar. Trage jeder von uns an seinem Teile dazu bei, daß sie auch vermieden werden!

Berlin, den 28. August 1907.

Martin Kirchner.

Inhaltsverzeichnis.

Vorbemerkung:

Es bedeuten

R.G. Reichsgesetz, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. VI. 1900.

P.A. Preußische Ausführungsvorschriften zum Reichsgesetz.

P.G. Preußisches Gesetz, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. VIII. 1905.

A.A. Allgemeine Ausführungsbestimmungen zu dem Preußischen Gesetz.

Br.G. Braunschweigisches Gesetz, betr. die Ausführung des Reichsgesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. VI. 1900 und die Bekämpfung anderer übertragbarer Krankheiten, vom 26. VI. 1904.

Einleitung.

Die Geschichte der großen Volkskrankheiten ist nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Historiker und den Volkswirt von allergrößtem Interesse.

Nicht nur in dem Leben des Einzelnen und der Familie spielen übertragbare Krankheiten eine wichtige Rolle, werden entscheidend für die Berufswahl und die ganze Zukunft des Heranwachsenden oder untergraben die wirtschaftliche Existenz der Familie. Auch politische Ereignisse, ja die Geschichte ganzer Völker sind viel häufiger, als wir es in den Geschichtsbüchern zu lesen gewohnt sind, durch Seuchenausbrüche beeinflußt worden.

Das gilt namentlich von den sogenannten „gemeingefährlichen“ Krankheiten, welche die Neigung haben, große Wanderzüge anzutreten und zuweilen wie ein verheerender Sturm über die Völker und Erdteile dahinzuziehen, Tod und Elend hinter sich zurücklassend.

Die „attische Seuche“ von 430—425 v. Chr. entschied den Peloponnesischen Krieg und warf die Athenische Hegemonie zu Boden. — Die Blattern vernichteten 395 v. Chr. das Karthagische Heer unter Himilko vor Syrakus und zerbrachen 1525 das mexikanische Aztekenreich unter Montezuma. Die Pest überzog im Mittelalter und bis in die neueste Zeit hinein in zahlreichen Epidemien die ganze Erde und raffte 1348 als „schwarzer Tod“ mehr als 20 Millionen Menschen dahin. Das Fleckfieber spielte während zahlreicher Feldzüge, so als „Pest von Neapel“ 1525, als Kriegs- und Lagertyphus 1813—15 und während des Krimkrieges eine verhängnisvolle Rolle. Und wer möchte ausdenken, wie viel Unheil die mehr chronisch verlaufenden Seuchen, wie Aussatz und Syphilis, nicht zu gedenken der Tuberkulose, dem Einzelnen und den Völkern gebracht haben!

Demgegenüber muß man sich wundern, daß sich die Gesetzgebung erst so spät mit der Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten beschäftigt hat. In den alten Medizinaledikten, von dem ersten und bedeutendsten an, welches Kaiser Friedrich II. in Neapel erließ, bis in die neuere Zeit, finden sich über die Seuchenbekämpfung

kaum Andeutungen. Und wenn, wie es im späteren Mittelalter in zahlreichen Städten, namentlich bezüglich der Pest geschah, Vorschriften über die Seuchenbekämpfung erlassen wurden, so beschränkten sich diese doch mehr auf Warnungen und diätetische Vorschriften und enthielten keine wirksamen Schutzmaßregeln. Auch bezogen sich alle solche Verordnungen auf einzelne Krankheiten, während nirgends ein zusammenfassendes Seuchengesetz erlassen wurde.

Die Erklärung hierfür ist in der mangelhaften Kenntnis der alten Ärzte von der Entstehung und Verbreitung der Seuchen zu suchen. Spielten doch früher die wunderbarsten Anschauungen hierüber nicht nur in der Volksmenge, sondern auch unter den Ärzten eine Rolle. Daß die übertragbaren Krankheiten verschiedenen spezifischen Keimen ihre Entstehung verdanken, daß sie von Person zu Person übertragbar sind, diese Erkenntnis ist eine Errungenschaft erst des vorigen Jahrhunderts. Im Mittelalter und bis in die spätere Zeit glaubte man die Pest und andere Volksseuchen auf Erdbeben, atmosphärische und tellurische Einflüsse u. dgl. zurückführen zu sollen; was wunder, daß man nichts Wirksames gegen ihre Verbreitung anzugeben wußte. Stand man doch noch bei dem ersten Erscheinen der Cholera in Europa dieser furchtbaren Seuche wehrlos gegenüber.

Aber gerade der Cholera ist es zu danken, daß die Verhältnisse anders wurden.

Sie gab die Veranlassung zum Erlaß des ersten umfassenden Seuchengesetzes, des preußischen Regulativs über die sanitätspolizeilichen Vorschriften bei den am häufigsten vorkommenden ansteckenden Krankheiten vom 8. August 1835, dessen Ausarbeitung König Friedrich Wilhelm III. durch Kabinettsordre vom 19. Januar 1832 einer sachverständigen Kommission aufgetragen hatte. Die Arbeit der Kommission, an deren Spitze Generalleutnant von Thiele stand, war im wesentlichen das Werk des späteren Präsidenten der Medizinalabteilung des Kultusministeriums, Wirklichen Geheimen Obermedizinalrats Dr. Rust. Sie war für ihre Zeit mustergültig und wurde nicht nur für die Seuchengesetzgebung anderer Staaten vorbildlich, sondern klingt auch noch in zahlreichen Bestimmungen des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900 wieder.

Die durchgreifenden Wandlungen, welche die wissenschaftliche Erkenntnis von der Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung der Seuchen in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts erfuhr, konnten jedoch nicht ohne Einfluß auf die Seuchengesetzgebung bleiben. Der von Henle in Göttingen schon 1844 ausgesprochene Gedanke, daß die ansteckenden Krankheiten durch belebte Krankheitserreger erzeugt würden, wurde durch Louis Pasteur, Robert Koch und ihre zahlreichen Schüler als zutreffend erwiesen. Ein Krankheitserreger nach dem andern wurde entdeckt, in Reinkultur gezüchtet, und sein

Wachsen und Absterben erforscht. Dabei zeigte sich, daß die Wege seiner Verbreitung und die erfolgreichen Mittel zu seiner Bekämpfung von dem, was in den Seuchengesetzen stand, wesentlich abweichen. Das hatte zur Folge, daß kundige und einsichtige Medizinalbeamte aus sich heraus von Fall zu Fall Vorschläge zur Bekämpfung der Seuchen machten, daß aber bei der Mehrzahl der Beamten die gesetzlichen Bestimmungen je länger desto weniger Beachtung fanden, so daß von einer zielbewußten Seuchenbekämpfung kaum noch die Rede war.

Diese Schwierigkeiten zu erhöhen, trug die politische Umgestaltung und die Wiedergeburt des Deutschen Reiches nicht unwesentlich bei. Die großen Volkskrankheiten, namentlich die Cholera, die seit ihrem ersten Auftreten in Deutschland im Jahre 1831 in regelmäßigen Zwischenräumen von fast genau 10 Jahren immer wieder erschien, kehrten sich an die Grenzpfähle der einzelnen Bundesstaaten nicht. Ihre Bekämpfung wurde durch die Verschiedenartigkeit der Seuchengesetzgebung in den einzelnen Bundesstaaten in hohem Grade erschwert, und je länger desto dringender erschien der Erlaß eines einheitlichen Seuchengesetzes für das Deutsche Reich erforderlich.

Den ersten Schritt zu diesem Ziele hin zeitigte die große Pockenepidemie von 1871/72, der allein in Preußen über 120000 Menschen zum Opfer gefallen waren. Sie gab den Anstoß zum Erlaß des deutschen Impfgesetzes vom 8. April 1874, welches sich in ausgezeichneter Weise bewährt und zur Folge gehabt hat, daß die Pocken, obwohl sie in jedem Jahre von Ost und West durch Saisonarbeiter und Reisende in zahlreichen Fällen eingeschleppt werden, in Deutschland nirgends mehr Fuß zu fassen vermögen.

Aber zu der Ausarbeitung eines umfassenden Seuchengesetzes kam es vorläufig noch nicht. Hierzu sollte wieder, wie in den dreißiger Jahren, die Cholera den Anstoß geben.

Die traurigen Verheerungen, welche die Cholera im Jahre 1892 in Hamburg anrichtete, stehen noch in frischer Erinnerung. Ebenso unvergessen ist aber der erfolgreiche Feldzug, welchen die preußische Medizinalverwaltung unter treuer Mithilfe des Reiches in den Jahren 1892/94 gegen die Seuche führte. Obwohl die Krankheit in mehr als 300 preußischen Orten eingeschleppt wurde, erkrankten (starben) in den drei Jahren in ganz Preußen nicht mehr als 3197 (1633) Personen, beispiellos wenig im Vergleich zu den Opfern, welche früher die Cholera gefordert hatte.

Der Erfolg dieses Feldzuges war bekanntlich das Verdienst von Robert Koch, welcher nicht nur den Choleravibrio entdeckt, sondern auch auf die genaue Kenntnis seiner Lebensbedingungen gegründete Bekämpfungsmaßregeln angegeben hatte. Jetzt sah man, was ein auf rationeller Basis begründetes Vorgehen gegen eine Seuche vermag,

wenn es zielbewußt und einheitlich geschieht, und nun faßte man den Mut zur Ausarbeitung eines Reichsseuchengesetzes.

Noch während der Cholerakampagne und unter hingebender Mitwirkung von Robert Koch und zahlreicher anderer Hygieniker wurde der Entwurf des Seuchengesetzes unter der Leitung des verdienstvollen damaligen Präsidenten des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, Exzellenz Köhler, fertiggestellt. Allein zweimal wurde es dem Reichstage vorgelegt, ohne zur Verabschiedung zu gelangen. Das erste Mal 1893 stieß es auf Widerstand in der Kommission, und das zweite Mal 1894 wurde seine Beratung durch die vorzeitige Auflösung des Reichstages unterbrochen.

Es bedurfte der Einwirkung einer zweiten großen Volkskrankheit, der Pest, um die Widerstände zu brechen. Das Auftreten der Pest in Indien im Jahre 1897 und ihr Erscheinen in mehreren europäischen Hafenstädten veranlaßte den damaligen, inzwischen verstorbenen preußischen Kultusminister D. Dr. Bosse, beim Reichskanzler die Wiederaufnahme der Verhandlungen in Anregung zu bringen. Der damalige Staatssekretär des Innern, Graf von Posadowsky-Wehner, gab dieser Anregung Folge, und so erlangte der nur wenig abgeänderte Entwurf von 1893 endlich am 30. Juni 1900 Gesetzeskraft, und bereits am 6. Oktober 1900 folgten die Ausführungsbestimmungen nach. Durch den Erlaß von Anweisungen zur Bekämpfung der im Reichsgesetz behandelten Krankheiten — der Pest vom 3. Juli 1902, des Aussatzes, der Cholera, des Fleckfiebers und der Pocken vom 28. Januar 1904 — durch den Bundesrat wurde die Bekämpfung dieser Krankheiten wesentlich erleichtert. Sämtliche Bundesstaaten beeilten sich, diese Ausführungsbestimmungen durch besondere Vorschriften, soweit sie für ihre besonderen Verhältnisse erforderlich schienen, zu vervollständigen.

Das Reich hatte sich jedoch bei seinem gesetzlichen Vorgehen eine weise Beschränkung auferlegt, indem es nur diejenigen Krankheiten in den Bereich des Reichsgesetzes zog, welche die Neigung haben, durch pandemische Wanderungen die Grenzen der einzelnen Bundesstaaten zu überschreiten und größere Teile des Reiches gleichzeitig zu gefährden. Das Gesetz erstreckte sich in erster Linie auf Cholera, Fleckfieber, Pest und Pocken. Die Leprakonferenz des Jahres 1897 und die Entdeckung eines kleinen Lepraherdes im Kreise Memel gaben die Veranlassung dazu, daß auch der Aussatz in das Gesetz aufgenommen wurde. Endlich entschloß man sich mit Rücksicht auf unseren überseeischen Schiffsverkehr zur Aufnahme des in Europa nicht heimischen Gelbfiebers. Die Bekämpfung der übrigen Krankheiten glaubte man der Landesgesetzgebung überlassen zu sollen.

Bei der Verschiedenartigkeit der Verhältnisse in den einzelnen

Bundesstaaten muß dieser Standpunkt um so mehr als richtig bezeichnet werden, als es zweifellos zur Steigerung des Eifers und Interesses der beteiligten Stellen in den einzelnen Bundesstaaten beiträgt, wenn sie, soweit dies ohne Beeinträchtigung des Reichsgedankens zulässig ist, im Besitz der Initiative bleiben.

Die überwiegende Mehrzahl der Bundesstaaten hat jedoch bis jetzt von dem Recht zur landesgesetzlichen Regelung der Seuchengesetzgebung keinen Gebrauch gemacht, sondern sich entweder auf die Ausführung des Reichsgesetzes beschränkt oder außerdem nur noch die Anzeigepflicht neu geregelt. Nur Preußen und Braunschweig sind bis jetzt zu dem Erlaß eines umfassenden Seuchengesetzes geschritten.

In Preußen waren hierfür folgende Erwägungen maßgebend.

Die Bestimmungen des Regulativs vom 8. August 1835 waren ja nicht nur in Bezug auf Cholera, Fleckfieber und Pocken veraltet — Aussatz, Gelbfieber und Pest sind in dem Regulativ nicht erwähnt — sondern auch, soweit sie sich auf die übrigen, im Reichsgesetz nicht behandelten übertragbaren Krankheiten beziehen. Eine Regelung der auf diese Krankheiten bezüglichen Bestimmungen erschien aber um so dringlicher, als im Regulativ mehrere überaus wichtige Krankheiten, z. B. Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, gar nicht erwähnt sind, jedes polizeiliche Einschreiten gegen sie also der gesetzlichen Unterlage entbehrt. Es kam hinzu, daß das Regulativ nur in denjenigen Teilen Preußens Gültigkeit hatte, welche vor 1866 den Staat zusammengesetzt hatten, während in den in dem Jahre hinzugetretenen Landesteilen andere Bestimmungen in Kraft waren. Daraus ergaben sich Schwierigkeiten, welche allmählich unerträglich geworden waren.

So entschloß man sich denn zu einer vollständigen Neuregelung der Seuchengesetzgebung und zur Aufhebung des Regulativs von 1835.

Es bedurfte fast drei Jahre, um den bereits im Jahre 1902 fertiggestellten Entwurf in der parlamentarischen Beratung so weit zu fördern, daß er Gesetzeskraft erhalten konnte, was am 28. August 1905 geschah. Das Gesetz, zu dem unter dem 7. Oktober 1905 vorläufige Ausführungsbestimmungen erlassen wurden, trat am 20. Oktober 1905 in Kraft. Durch die Anweisungen des Medizinalministers für die Bekämpfung der Diphtherie, der übertragbaren Genickstarre, des Kindbettfiebers, der Körnerkrankheit, der Ruhr, des Scharlachs, des Typhus, des Milzbrandes und des Rotzes vom 10. August 1906 und durch die Allgemeinen Ausführungsbestimmungen vom 15. September 1906 ist die Durchführung des Gesetzes wesentlich erleichtert und durch den Erlaß der Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krank-

heiten durch die Schulen vom 9. Juli 1907 die Materie zum Abschluß gebracht worden.

Der Grund für die lange Dauer der parlamentarischen Beratung des Gesetzes lag weniger auf medizinischem, als auf wirtschaftlichem Gebiet. Soweit die medizinische Seite des Entwurfes in Betracht kam, ist an ihm nur wenig geändert worden. Diese Änderungen bestehen hauptsächlich in der Beseitigung der Erkrankungen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose und der Verdachtsfälle von Kindbettfieber, Rotz, Rückfallfieber und Typhus aus der Liste der anzeigepflichtigen Krankkeiten, eine Änderung, welche vom Standpunkte der Epidemiologie nur beklagt werden kann.

Durchgreifender waren die Änderungen des Entwurfes in wirtschaftlicher Beziehung. Sie erstreckten sich namentlich auf eine anderweitige Regelung der Kostentragung, wobei eine stärkere Beteiligung des Staates erreicht wurde, als in dem Entwurf vorgesehen war.

Das preußische Gesetz hat sich bewußt auf das engste an das Reichsgesetz angeschlossen, es ist mit ihm organisch verbunden. Es stellt somit nicht nur ein Ausführungsgesetz des Reichsgesetzes dar, sondern ein Erweiterungsgesetz desselben, das aber im Geist des Reichsgesetzes gehalten ist. Das preußische Gesetz ist ohne das Reichsgesetz gar nicht verständlich, und deswegen ist es auch unmöglich, einen Kommentar allein zu dem preußischen Gesetze zu schreiben. Der Kommentar wird nur verständlich, wenn er beide Gesetze behandelt, wie es die vorliegende Arbeit tut.

Daß auch Braunschweig zum Erlaß eines Landesseuchengesetzes geschritten ist, hat wohl darin seinen Grund, daß das Herzogtum aus zwei Gebietsteilen besteht, welche durch preußische Landesteile voneinander getrennt und rings von solchen umgeben sind. Die braunschweigische Regierung legte ihrem Entwurfe den preußischen Gesetzentwurf zu Grunde, welcher, mit mehreren Verbesserungen und ohne die im preußischen Landtage angenommenen Abänderungen, bereits unter dem 26. Juni 1904, also früher als der preußische, Gesetzeskraft erlangt hat.

Abschnitt I.

Anzeigepflicht.

Die gesetzlichen Bestimmungen über die Anzeigeflicht haben in Deutschland wesentliche Änderungen erfahren. Einmal ist der Kreis der übertragbaren Krankheiten, auf welche sich die Anzeigepflicht erstreckt, infolge der Wandlungen, welche in den letzten Jahrzehnten in den wissenschaftlichen Anschauungen erfolgt sind, wesentlich geändert worden, und sodann ist die Anzeigepflicht in den neueren Seuchengesetzen auf andere Schultern gelegt worden, als das in früheren Gesetzen der Fall war.

Die Regelung der Anzeigepflicht ist aber in den einzelnen Bundesstaaten keine einheitliche. Einheitlich ist sie nur seit Erlaß des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 bezüglich der in diesem Gesetz besonders genannten Krankheiten: Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken. Bezüglich der übrigen übertragbaren Krankheiten haben die einzelnen Bundesstaaten je nach ihren besonderen Bedürfnissen teils die Anzeigepflicht auch bei diesen Krankheiten neuregelnde Gesetze oder Verordnungen erlassen, teils die alten Bestimmungen aufrecht erhalten.

Es war daher unmöglich, ohne die Übersichtlichkeit zu beeinträchtigen, die zur Zeit im gesamten Reiche bestehende Anzeigepflicht bei übertragbaren Krankheiten zusammenfassend zu behandeln. Es erschien zweckmäßiger, die in den einzelnen Bundesstaaten bestehende Anzeigepflicht gesondert zu besprechen und in einer Tabelle am Schluß des Kapitels die Bestimmungen übersichtlich zusammenzustellen.

I. Inhalt der Anzeige.

1. Die anzeigepflichtigen Krankheiten.

I. Die anzeigepflichtigen Krankheiten des Reichsgesetzes.

§ 1 Abs. 1 R.G. **Jede Erkrankung und jeder Todesfall an Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern), sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.**

Der Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, welcher am 29. Jan. 1894 dem Reichstage vorgelegt wurde, beschränkte sich, wie es in der Begründung heißt, „auf die dringlichste Aufgabe, nämlich auf Abwehrmaßregeln gegenüber solchen Krankheiten, welche infolge ihrer leichten Übertragbarkeit und ihres raschen Verlaufes erfahrungsmäßig die Bevölkerung in weiten Kreisen heimsuchen und den Verkehr am empfindlichsten treffen", nämlich Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken. Der Entwurf kam zunächst nicht zur Annahme. Als er zum dritten Male am 15. Jan. 1900 dem Reichstage vorgelegt wurde, war den vorgenannten fünf Krankheiten noch der Aussatz hinzugefügt worden. Die Anzeigepflicht sollte sich nicht nur auf Erkrankungen und Todesfälle an diesen Krankheiten, sondern auch auf jeden Fall erstrecken, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt.

Es bedarf zunächst der Erörterung, aus welchen Gründen das Reichsgesetz gerade die genannten sechs Krankheiten in den Bereich seiner Regelung gezogen hat.

In der Begründung werden Cholera und Pest als die wichtigsten dieser Krankheiten bezeichnet.

1. Über die **Cholera** heißt es in der Begründung: „Ein ungefähres Bild, welche Verluste an Menschenleben die Cholera herbeizuführen imstande ist, läßt sich daraus gewinnen, daß in Rußland im Jahre 1892 von beiläufig 550000 an Cholera erkrankten Personen ungefähr 260000 verstorben, und daß im nämlichen Jahre in Hamburg unter den 583865 Einwohnern 16058 Erkrankungen und 8189 Todesfälle an Cholera vorgekommen sind. Die Störungen im Handel und Verkehr, die Verluste, welche damals das allgemeine Erwerbsleben erlitten hat, die große Beunruhigung, welche sich der gesamten Bevölkerung bemächtigt hat, sind noch in lebhafter Erinnerung. Der gesamte wirt-

schaftliche Schaden, der durch eine Choleraepidemie verursacht worden ist, läßt sich schwer feststellen. Einen annähernden Begriff kann man aus dem von Dr. L. von Halle und Dr. G. Koch herausgegebenen, auf amtliche Quellen gestützten Bericht „Die Cholera in Hamburg, in ihren Ursachen und Wirkungen" sich bilden, wonach für Hamburg durch die infolge der Cholera eingetretenen Verkehrsstörungen und die damit in Zusammenhang stehende Verminderung der Ein- und Ausfuhr die Handelsbilanz einen Rückgang von mehr als 281 Mill. M. aufgewiesen hat." In Preußen, wo man der Seuche nach den Ratschlägen von Robert Koch entgegentrat, waren die Zahlen der Erkrankungen und Todesfälle im Vergleich mit den Opfern, welche frühere Choleraepidemien gefordert haben, gering; obwohl die Seuche in mehr als 300 Ortschaften eingeschleppt wurde, erkrankten (starben) dort nur im Jahre 1892 1508 (866), im Jahre 1893 620 (289), im Jahre 1894 1009 (478), im ganzen also 3197 (1633) Personen. Im Jahre 1905 aber unter der Herrschaft des Reichsseuchengesetzes betrug die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) an Cholera in ganz Deutschland nur 218 (88).

Mit der Herbeiführung einer einheitlichen Cholerabekämpfung von Reichs wegen kann man sich daher nur einverstanden erklären.

2. Die **Pest** stand im Abendlande während des Mittelalters im Vordergrunde des Interesses, trat immer und immer wieder in epidemischer Verbreitung auf und raffte in den Jahren 1348/49 als „schwarzer Tod" Millionen von Menschen dahin. In den folgenden Jahrhunderten trat sie mehr und mehr zurück, und mit dem Jahre 1841, in welchem sie zuletzt in Constantinopel geherrscht hat, war sie in Europa nicht mehr aufgetreten. So erklärt es sich, daß sie in dem preußischen Regulativ vom 8. Aug. 1835 nicht erwähnt wird. Im letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts nahm sie jedoch an Bedeutung wieder zu, unter dem Einfluß des gesteigerten Schiffsverkehrs verließ sie ihre indische Heimat wieder häufiger und bildete ihren pandemischen Charakter wieder stärker aus. Während des russisch-türkischen Krieges 1878/79 betrat sie zum ersten Male wieder europäischen Boden und bedroht seitdem fast unausgesetzt die Häfen des Abendlandes. Seit 1897 hat sie sich in weiten Landstrichen Vorderindiens, namentlich in der Präsidentschaft Bombay fest eingenistet und in der letzteren seit jenem Jahre bis jetzt $4^1/_2$ Mill. Menschen dahingerafft. Auch in mehreren Städten Ägyptens, z. B. Alexandrien, hat sie augenscheinlich Fuß gefaßt. Dasselbe scheint mit mehreren Häfen Südamerikas der Fall zu sein. So haben wir in Deutschland alle Ursache, auf der Hut zu sein. Wie nötig das ist, beweist der Umstand, daß jährlich mehrmals in einen unserer Häfen Schiffe mit Pestratten an Bord aus überseeischen Häfen einlaufen. Es kann wohl nach allem

keinem Zweifel unterliegen, daß die Pest mit Recht in das Reichsgesetz aufgenommen worden ist.

3. Das **Fleckfieber** war in früheren Jahrhunderten und noch zur Zeit der Freiheitskriege und des Krimkrieges als „Kriegstyphus“ eine gefürchtete Kriegsseuche und hat auch wiederholt in der Zivilbevölkerung, so als „Hungertyphus“ in Oberschlesien in den Jahren 1847 bis 1849 und 1876 bis 1879 und 1894 in Danzig, Epidemien erzeugt. In neuerer Zeit dagegen ist die in Polen und Galizien heimische Krankheit in Deutschland nur vereinzelt aufgetreten.

In Preußen betrugen die Zahlen der Todesfälle am Fleckfieber im Jahre

1890 : 33	1895 : 16	1900 : 14
1891 : 22	1896 : 13	1901 : 10
1892 : 31	1897 : 11	1902 : 2
1893 : 26	1898 : 6	1903 : 1
1894 : 58	1899 : 11	1904 : 2

Trotzdem also das Fleckfieber in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung sehr in den Hintergrund getreten ist, kann man doch nicht wissen, ob es nicht gelegentlich wieder in größerer Verbreitung auftritt, die Regelung seiner Bekämpfung von Reichs wegen ist daher durchaus angezeigt.

4. Auch die **Pocken**, die früher und zuletzt noch Anfangs der siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts in Deutschland ausgedehnte Epidemien verursachten, haben seit Durchführung der Impfung ihre Schrecken verloren und treten meist nur in den Grenzbezirken in vereinzelten Fällen auf, ohne in der einheimischen Bevölkerung Fuß fassen zu können. Doch kommt es gelegentlich noch immer zu erheblicheren Ausbrüchen, die volle Aufmerksamkeit erfordern.

Von der furchtbaren Bedeutung, welche die Pocken früher hatten, kann man sich heute auch nicht annähernd einen Begriff machen. Besonders furchtbar hausten sie in Gegenden, in die sie frisch von auswärts eingeschleppt wurden. Mexiko, wohin sie zu Anfang des 16. Jahrhunderts mit den spanischen Eroberern kamen, wurde von ihnen fast ganz entvölkert. In Preußen starben noch in den Jahren 1794/96 an 40 000 Personen und während der Epidemie von 1870/72 gar 129 148 Personen an den Pocken, forderten also mehr als dreimal so viel Opfer als der Feldzug von 1870/71. Seit 1875 hat die Sterblichkeit an den Pocken im Deutschen Reiche erheblich abgenommen. Die Zahlen der Todesfälle an Pocken in Preußen betrugen

1890 : 36	1894 : 77	1898 : 12	1902 : 13
1891 : 36	1895 : 24	1899 : 25	1903 : 14
1892 : 91	1896 : 7	1900 : 46	1904 : 17
1893 : 136	1897 : 5	1901 : 49	1905 : 10

Diese Zahlen sind um so bemerkenswerter, als die Einschleppungen

von Pocken aus Rußland und Galizien durch Auswanderer, Erntearbeiter u. dgl. überaus häufig sind. Nur der Impfung ist es zu danken, daß wir trotzdem von den Pocken so wenig zu leiden haben.

Da das Impfgesetz vom 8. April 1874 ein Reichsgesetz ist, so ist es nur logisch, daß auch die übrige Pockenbekämpfung von Reichs wegen geregelt, die Krankheit daher in das Reichsseuchengesetz aufgenommen worden ist, um so mehr, als die immer erneuten Angriffe der Impfzwanggegner gegen das Impfgesetz alle Beteiligten dazu auffordern müssen, die übrigen Waffen gegen die gefährliche Krankheit scharf zu erhalten.

5. Das **Gelbfieber** ist eine Krankheit der Tropen und der subtropischen Länder.

In Mittelamerika ist die Krankheit bekanntlich sehr verbreitet und erzeugt regelmäßig vereinzelte Erkrankungen und Todesfälle, nicht selten auch mörderische Epidemien; auf deutschen Seeschiffen, welche mittel- und südamerikanische Häfen anlaufen, treten dann und wann Fälle von Gelbfieber auf. Auch die Westküste von Mittelafrika weist Gegenden auf, in welchen die Seuche heimisch ist.

Über die Aufnahme des Gelbfiebers unter die gemeingefährlichen Krankheiten sagt die Begründung nach dem Hinweise darauf, daß es überwiegend eine Krankheit der heißen Länder, namentlich Westindiens und des amerikanischen Festlandes, ist: „Die innige Beziehung des Gelbfiebers zur Seeschiffahrt und die Tatsache seiner Übertragbarkeit von Ort zu Ort lassen es nicht ausgeschlossen erscheinen, daß bei der gesteigerten Schnelligkeit des Schiffsverkehrs auch deutsche Hafenstädte von der verderblichen, an den Orten ihres endemischen Auftretens sehr gefürchteten Krankheit betroffen werden."

6. Handelt es sich bei den fünf ersten Krankheiten um akut verlaufende und zu schneller und weiter Ausbreitung geneigte Seuchen, so ist der **Aussatz** ein in gewissen Gegenden sich einnistendes und außerordentlich chronisches Leiden von nicht besonders großer Übertragbarkeit. Wenn er trotzdem in das Reichsseuchengesetz aufgenommen worden ist, so verdankt er dies der internationalen Leprakonferenz von 1897 in Berlin, auf der die Gefahr des Aussatzes als besonders groß und die Bekämpfung derselben als unerläßlich hingestellt wurde. Früher in allen Ländern Europas außerordentlich verbreitet, war er im Laufe der Zeiten fast ganz verschwunden, bis man in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts im preußischen Kreise Memel einen Lepraherd entdeckte, der mit einem ausgedehnten Herde in den russischen Ostseeprovinzen in Zusammenhang stand. Man fand weiter, daß der Aussatz noch heute auf der Erde außerordentlich verbreitet ist, sich namentlich in den Tropen in allen Erdteilen, aber

auch in den gemäßigten Zonen in Asien, im europäischen Rußland, in Schweden und Norwegen, auf Island vorfindet und nach Deutschland gar nicht selten durch Personen, welche nach längerem Aufenthalt in Niederländisch-Indien, Brasilien und anderen Ländern in ihre Heimat zurückkehren, eingeschleppt wird. Die Entdeckung des Leprabazillus durch Armauer Hansen und Neisser ließ die Bekämpfung der Seuche als aussichtsvoll erscheinen.

Es wurde erwogen, ob nicht auch Rückfallfieber, Ruhr, Darmtyphus, Diphtherie, Scharlach und Kindbettfieber in das Reichsgesetz aufgenommen werden sollten, allein man nahm davon Abstand in der Erwägung, daß diese Krankheiten „nicht den Charakter von eigentlichen Volksseuchen haben, vielmehr meist nur in beschränktem Umfang an einzelnen Orten und in bestimmten Gegenden — das Rückfallfieber und die Ruhr gewöhnlich nur in einigen dem Auslande benachbarten Grenzbezirken — auftreten und zu ihrer Bekämpfung nicht Maßnahmen, die sich gleichmäßig über das ganze Reichsgebiet erstrecken, erheischen".

In der Tat haben diese Krankheiten nicht den pandemischen Charakter der „gemeingefährlichen" Krankheiten des Reichsgesetzes. Ihre Bekämpfung konnte daher unbedenklich den einzelnen Bundesstaaten überlassen bleiben, um so mehr als für die seltenen Ausnahmefälle, in denen eine Epidemie dieser Krankheiten gleichzeitig in den Gebieten mehrerer benachbarter Bundesstaaten auftritt, ein gemeinsames Vorgehen gegen die Krankheit unschwer herbeizuführen sein wird. Das beweist z. B. die seit dem Jahre 1903 mit Erfolg durchgeführte einheitliche Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches in einem Gebiet, welches Teile von Preußen, Bayern, Oldenburg und Elsaß-Lothringen umfaßt.

II. Die Anzeigepflicht bei den übrigen übertragbaren Krankheiten.

§ 1 Abs. 1 u. 3 P.G. Außer den in dem § 1 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (R.G.Bl. S. 306 u. flg.) aufgeführten Fällen der Anzeigepflicht — bei Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern) — ist jede Erkrankung und jeder Todesfall an: Diphtherie (Rachenbräune), Genickstarre, übertragbarer, Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber), Körnerkrankheit (Granulose, Trachom), Rückfallfieber (Febris recurrens), Ruhr, übertragbarer (Dysenterie), Scharlach (Scharlachfieber), Typhus (Unterleibstyphus), Milzbrand, Rotz, Tollwut (Lyssa), sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung,

Trichinose der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen.

In Gemäßheit der Bestimmung des Abs. 1 ist auch jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopfstuberkulose anzuzeigen.

A. A. zu § 1 Abs. 2 P.G. Die Anzeigepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose erstreckt sich sowohl auf Todesfälle an Lungen-, als auch auf solche an Kehlkopftuberkulose.

§ 1 Br.G. Außer den in dem § 1 des Reichsgesetzes ausgeführten Fällen der Anzeigepflicht — bei Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern) — ist jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose, jede Erkrankung und jeder Todesfall an Diphtherie (Rachenbräune), Genickstarre (übertragbarer), Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber), Körnerkrankheit, (Granulose, Trachom), Rückfallfieber (Febris recurrens), Ruhr, übertragbarer (Dysenterie), Scharlach (Scharlachfieber), Typhus (Unterleibstyphus), Milzbrand, Rotz, Tollwut (Lyssa), sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, Trichinose, sowie jeder Fall, welcher den Verdacht von Kindbettfieber, Rückfallfieber, Typhus (Unterleibstyphus) oder Rotz erweckt, der für den Aufenthaltsort der Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Ortspolizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

Gegenüber der Einheitlichkeit in der Behandlung der sechs „gemeingefährlichen“ Krankheiten besteht als Folge des § 48 R.G., nach dem landesrechtliche Vorschriften über die Bekämpfung anderer als der in § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten durch das Reichsgesetz nicht berührt werden, bezüglich dieser in den einzelnen Bundesstaaten eine große Verschiedenheit, weil nach Erlaß des Reichsgesetzes noch nicht alle Staaten an eine Neuregelung der gesetzlichen Bestimmungen herangetreten sind. Diejenigen, die dies getan haben — Preußen, Mecklenburg-Strelitz, Oldenburg, Braunschweig, Sachsen-Altenburg, Schaumburg-Lippe, Bremen — befinden sich dagegen in einer erfreulichen Übereinstimmung in Bezug auf die Anzeigepflicht, wie aus der am Schluß des Kapitels befindlichen Übersicht hervorgeht.

Zur Erleichterung der Übersichtlichkeit empfiehlt es sich, der Besprechung der einzelnen übertragbaren Krankheiten einen Vergleich einerseits der im preußischen Seuchengesetz vom 28. Aug. 1905, andererseits der im preußischen Regulativ vom 8. Aug. 1835 enthaltenen Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten zu Grunde zu legen.

a) Die sowohl im preußischen Regulativ vom 8. Aug. 1835 als im Gesetz von 1905 als anzeigepflichtig aufgeführten übertragbaren Krankheiten.

Vergleicht man die anzeigepflichtigen Krankheiten des neuen preußischen Seuchengesetzes mit denjenigen des Regulativs von 1835, so finden sich dort und hier übereinstimmend: Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Rotz und Tollwut; ein Unterschied besteht nur insofern, als nach dem Regulativ die Ruhr nur in der bösartigen, ansteckenden und epidemisch sich verbreitenden Form, nach dem neuen preußischen Seuchengesetz aber jeder Fall von übertragbarer Ruhr; nach dem Regulativ Scharlach nur, wenn besonders zahlreiche und besonders bösartige Fälle den Ärzten vorkommen, nach dem neuen preußischen Seuchengesetz aber jeder Fall von Scharlach; endlich nach dem Regulativ nur die zum Ausbruch gekommene Tollwut, nach dem neuen preußischen Seuchengesetz aber schon jede Bißverletzung durch ein tolles oder tollwutverdächtiges Tier anzeigepflichtig ist. Die Gründe für diese Änderungen liegen auf der Hand.

1. **Ruhr.** Wollte man die Ruhr erst dann anzeigepflichtig machen, wenn sie in bösartiger Form auftritt und sich epidemisch verbreitet, wie es im Regulativ geschehen, dann käme man in den meisten Fällen zu spät. Die Verhütung von Epidemien ist vielmehr nur möglich, wenn womöglich der erste Fall in einer Ortschaft, d. h. also jeder auch noch so leichte Fall von übertragbarer Ruhr zur Anzeige gelangt. Die Krankheit, die früher sehr verbreitet und in sehr heftiger Form auftrat und namentlich zu Kriegszeiten, zuletzt 1870/71, sich sehr unliebsam geltend machte, tritt in neuerer Zeit glücklicherweise seltener und milder auf. In Preußen starben von je 10 000 am 1. Jan. Lebenden an der Ruhr im Jahre

1890: 0,27	1894: 0,35	1898: 0,26	1902: 0,07
1891: 0,27	1895: 0,62	1899: 0,37	1903: 0,09
1892: 0,33	1896: 0,24	1900: 0,21	1904: 0,08
1893: 0,37	1897: 0,29	1901: 0,26	1905: 0,08

Die Sterblichkeit an Ruhr hat in neuerer Zeit also gegen früher abgenommen. Die Möglichkeit aber, daß sie trotzdem gelegentlich wieder in epidemischer Verbreitung auftritt, besteht fort, und energische sanitätspolizeiliche Maßregeln gegen sie sind um so notwendiger, als seit der Entdeckung des Ruhrbazillus durch Kruse und Shiga bekannt ist, daß die Krankheit sich in ähnlicher Weise wie Typhus hauptsächlich durch Kontaktinfektion verbreitet, und daß gerade Leichtkranke und anscheinend Gesunde (Bazillenträger) dabei die wichtigste Rolle spielen.

Außerhalb Preußens besteht eine unbedingte Anzeigepflicht in einem jeden Falle von Ruhr in allen Bundesstaaten mit Ausnahme

von Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Sachsen-Weimar und Anhalt.

In Bayern besteht nach der Dienstordnung für die Leichenschauer vom 20. Nov. 1885 eine Anzeigepflicht für die Leichenschauer, wenn sich die Gewißheit oder der Verdacht ergibt, daß der Tod infolge von Ruhr erfolgt ist. Auch haben nach Art. 67 Abs. II Pol.-Straf-Ges.-Ordn. das Staatsministerium des Innern, die Regierungen, Kammern des Innern und die Distriktspolizeibehörde die Befugnis, nach Bedarf, z. B. bei Epidemien, die Anzeige bei Ruhr anzuordnen. — In Sachsen ist auch in der Verordnung vom 29. April 1905, durch welche die Anzeigepflicht neu geregelt worden ist, die Ruhr nicht erwähnt. — In Württemberg sind gemäß Ministerialerlaß vom 29. Okt. 1883 nur umfangreiche Epidemien von Ruhr anzuzeigen; eine Anzeigepflicht für jeden Fall von Ruhr besteht nach der Verfügung vom 13. Juli 1891 nur bezüglich Personen, welche in einem Schulhause wohnen oder zum Hausstande eines Lehrers oder Schuldieners gehören. — In Baden besteht gemäß Verordnung vom 30. Dez. 1881 nur bei epidemischem Auftreten von Ruhr Anzeigepflicht. — In Hessen, wo die Anzeigepflicht nicht einheitlich, sondern in den einzelnen Kreisen verschieden geregelt ist, besteht eine solche für epidemische Ruhr nur in 12 von 18 Kreisen. — In Sachsen-Weimar kann für die Dauer einer gefährlichen Epidemie der Bezirksdirektor auf Antrag der Bezirksärzte die Anzeige von Ruhr anordnen. — In Anhalt besteht laut Verordnung vom 15. Okt. 1882 Anzeigepflicht für jede Erkrankung an bösartiger Ruhr.

Es wäre sehr erwünscht, wenn man in allen Bundesstaaten dazu überginge, jede Erkrankung und jeden Todesfall an übertragbarer Ruhr der Anzeigepflicht zu unterwerfen.

2. **Scharlach.** Auch eine erfolgreiche Bekämpfung des Scharlachs ist unmöglich, wenn sich die Anzeigepflicht auf besonders bösartige oder auf gehäuft auftretende Fälle beschränkt. Vielmehr ermöglicht nur die Anzeige jedes noch so leichten und jedes vereinzelten Falles die sichere Verhütung einer Epidemie. Jeder erfahrene Arzt weiß, daß man infolge Berührung mit einem leichten Fall überaus schwer an Scharlach erkranken kann. Die große Sterblichkeit und die zahlreichen und schweren Nachkrankheiten, welche die Krankheit verursacht, machen doppelte Vorsicht zur Pflicht. Gehört doch der Scharlach zu den wichtigsten Todesursachen im Kindesalter. Von je 10000 Lebenden starben in Preußen an Scharlach im Jahre

1890 : 2,90	1894 : 2,17	1898 : 2,36	1902 : 3,18
1891 : 1,64	1895 : 2,23	1899 : 3,67	1903 : 3,49
1892 : 2,06	1896 : 2,16	1900 : 3,60	1904 : 2,83
1893 : 3,23	1897 : 1,70	1901 : 3,43	1905 : 2,03

Wie sehr das Scharlachfieber das Kindesalter gefährdet, beweisen nachstehende Zahlen aus dem Jahre 1904, in welchem in Preußen von je 10000 Lebenden der einzelnen Altersklassen an Scharlach starben im Alter

von 0	bis 1	Jahre	9,4		von 20	bis 25	Jahren	0,16
„ 1	„ 2	Jahren	14,5		„ 25	„ 30	„	0,21
„ 2	„ 3	„	14,6		„ 30	„ 40	„	0,11
„ 3	„ 5	„	13,5		„ 40	„ 50	„	0,05
„ 5	„ 10	„	7,0		„ 50	„ 60	„	0,02
„ 10	„ 15	„	1,8		„ 60	„ 70	„	0,01
„ 15	„ 20	„	0,40		„ 70	„ 80	„	0,01

Von den sämtlichen 10202 Scharlachtodesfällen des Jahres 1904 betrafen 983 = 9,7 Proz. derselben das erste, 1373 = 13,5 Proz. das zweite, 1404 = 13,8 Proz. das dritte, 2508 = 24,6 das vierte und fünfte, 2933 = 28,7 Proz. das sechste bis zehnte Lebensjahr, 679 = 6,7 Proz. das elfte bis fünfzehnte Lebensjahr, während nur 322 = 3,2 Proz. der Gestorbenen älter als 15 Jahre waren. Die Scharlachtodesfälle der 5 ersten Lebensjahre machten zusammen 61,6 Proz. der Gesamt-Scharlachsterblichkeit aus.

Außerhalb Preußens besteht eine uneingeschränkte Anzeigepflicht für Scharlach fast in allen Bundesstaaten, eine eingeschränkte nur in Bayern, Württemberg, Sachsen-Weimar, Sachsen-Meiningen, Sachsen-Coburg-Gotha und Waldeck. In Bayern, Württemberg und Sachsen-Weimar ist die Regelung dieselbe wie bei der Ruhr. In Sachsen-Meiningen sind nur „besonders bösartige oder besonders zahlreich vorkommende Fälle“ anzuzeigen. In Sachsen-Coburg-Gotha ist nur der erste in einer Ortschaft auftretende Fall binnen 3 Tagen, die weiteren sind von 14 zu 14 Tagen anzuzeigen.

Bei der Gefährlichkeit des Scharlachfiebers wird die Einführung einer unbedingten Anzeigepflicht in allen Bundesstaaten anzustreben sein.

3. **Typhus.** Es ist von beachtenswerter Seite die Behauptung aufgestellt worden, der Unterleibstyphus sei nach dem Regulativ von 1835 nicht anzeigepflichtig, unter dem Typhus des Regulativs sei vielmehr lediglich der Flecktyphus, das heutige Fleckfieber, zu verstehen. Diese Ansicht ist unzutreffend. Zur Zeit der Abfassung des Regulativs war die klinische Unterscheidung der Krankheitsbilder noch nicht so ausgebildet, wie heute, damals faßte man unter dem Sammelnamen „Typhus“ noch verschiedene Krankheiten zusammen, welche man seitdem scharf voneinander unterscheiden gelernt hat: Erkrankungen, welche hohes Fieber, schwere Allgemeinerscheinungen, einen charakteristischen Ausschlag und eine starke Übertragbarkeit von Person zu Person gemein hatten. Auch später, als man mit Hilfe des Thermometers den eigenartigen Verlauf des Unterleibstyphus, der sich außerdem durch die Neigung zu Durchfällen auszeichnet, von dem des Fleckfiebers unterscheiden lernte und durch die Obermeiersche

Entdeckung einer Spirochaete im Blute von Rückfallfieberkranken auch die Recurrens als eine eigene Krankheit erkannte, behielt man noch den Sammelnamen Typhus für alle drei Erkrankungen, die man als Varietäten derselben Krankheitsspecies betrachtete, bei. Erst die Bakteriologie hat gezeigt, daß es in dcr Tat drei verschiedene Krankheiten sind, die nichts miteinander zu tun haben. Wenn zur Zeit der Abfassung des Regulativs der Flecktyphus im Vordergrunde des Interesses stand, weil er damals häufiger in epidemischer Verbreitung auftrat als Unterleibstyphus und Recurrens, so berechtigt das keineswegs zu der Auffassung, man habe damals die beiden letzteren Krankheiten nicht gekannt. Bekanntlich hat die allerjüngste Zeit gelehrt, daß der alte Begriff des Typhus noch weiter zerlegt, und daß vom Unterleibstyphus der in manchen Beziehungen ihm ähnliche Paratyphus abgegrenzt werden muß. Jedenfalls ist festzuhalten, daß der Unterleibstyphus schon nach dem Regulativ von 1835 anzeigepflichtig war, was auch durch verschiedene gerichtliche Erkenntnisse ausdrücklich anerkannt worden ist.

Der Typhus gehört nicht nur in Preußen, sondern in ganz Deutschland zu den verbreitetsten Krankheiten. In Preußen starben von je 10000 der am 1. Jan. Lebenden im Jahre

1890 : 2,04	1894 : 1,51	1898 : 1,14	1902 : 0,81
1891 : 2,0	1895 : 1,48	1899 : 1,33	1903 : 0,79
1892 : 2,04	1896 : 1,35	1900 : 1,38	1904 : 0,74
1893 : 1,71	1897 : 1,33	1901 : 1,28	1905 : 0,74

Außerhalb Preußens besteht eine unbedingte Anzeigepflicht für Typhus in sämtlichen deutschen Bundesstaaten, mit alleiniger Ausnahme von Württemberg, wo nach dem Ministerialerlaß vom 29. Okt. 1883 nur umfangreiche Typhusepidemien von den Ortsvorständen den Oberämtern anzuzeigen sind, und außerdem eine Anzeigepflicht nur für Typhusfälle, welche in Schulgebäuden sich ereignen, besteht.

Neben den vorgenannten drei Krankheiten — Ruhr, Scharlach und Typhus — haben von jeher drei auf Menschen übertragbare Tierkrankheiten — Milzbrand, Rotz und Tollwut — die Aufmerksamkeit der Sanitätspolizei auf sich gelenkt.

4. **Milzbrand** (Anthrax malignus) kommt bei Rindern, Schafen, Schweinen und Pferden vor und wird gelegentlich auch auf Menschen übertragen, welche mit den Tieren oder ihren Abfällen in Berührung kommen. Alljährlich wird eine Reihe von Milzbranderkrankungen bei Menschen beobachtet, entweder als Hautmilzbrand, Milzbrandkarbunkel (bei Schlächtern, Abdeckern, Gerbern u. s. w.), oder als Lungenmilzbrand, Hadernkrankheit (bei Arbeitern in Wollsortierereien, Roßhaarspinnereien, Lumpensammlereien, Papierfabriken u. s. w.), oder als Darmmilzbrand bei Personen, welche Fleisch

von milzbrandkranken Tieren genossen haben. Anlaß zu Milzbrandübertragungen gibt das Eindringen der gegen äußere Einflüsse überaus widerstandsfähigen Milzbrandsporen in Hautverletzungen, oder ihre Aufnahme in die Lunge beim Atmen in staubigen Fabrikräumen, in welchen Roßhaare, Schafwolle, Felle u. s. w. der an Milzbrand eingegangenen Tiere verarbeitet werden, oder die Einverleibung der Bakterien mit ungenügend gekochtem Fleisch.

Bei der Aufmerksamkeit, welche die Veterinärpolizei den Milzbranderkrankungen der Haustiere zuwendet, tritt die Krankheit beim Menschen nicht häufig auf, welcher für sie auch weniger empfänglich ist als Haustiere. Immerhin sind in den 15 Jahren von 1889 bis 1904 zusammen 1032 Erkrankungen an Milzbrand in Preußen vorgekommen, von welchen 159, also 15,4 vom Hundert, tödlich endigten.

Außerhalb Preußens besteht eine unbedingte Anzeigepflicht für Milzbrand beim Menschen in Bayern, Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz, Oldenburg, Braunschweig, Meiningen, Altenburg, Anhalt, Rudolstadt, Waldeck, Reuß j. L., Schaumburg-Lippe, Lippe, Bremen, Hamburg und Lübeck, eine bedingte in Hessen und Sachsen-Weimar, keine in Sachsen, Württemberg, Baden, Sachsen-Coburg-Gotha, Schwarzburg-Sondershausen, Reuß ä. L. und Elsaß-Lothringen.

5. **Rotz** (Malleus humidus) ist eine Erkrankung, welche besonders bei Pferden, Maultieren, Eseln, Zebras und verwandten Tieren vorkommt und als Lungenkrankheit, eigentlicher Rotz, oder als Erkrankung der Haut, sogenannter Wurm, verläuft. Menschen erkranken verhältnismäßig selten, und stets sind es solche Personen, welche mit den Tieren oder deren Abfällen sich beschäftigen, Stallknechte, Roßschlächter, Abdecker; auch sind Ansteckungen von Bakteriologen und Dienern beobachtet worden, welche in Laboratorien mit Rotzbakterien gearbeitet hatten. Beim Menschen ist die meist chronisch verlaufende Krankheit schwer und in der Mehrzahl der Fälle tödlich.

In den 15 Jahren von 1889 bis 1904 kamen in Preußen im ganzen 28 Erkrankungen zur amtlichen Kenntnis, von welchen 18, also 64,3 vom Hundert, tödlich endigten. Unter diesen Opfern befanden sich außer Abdeckern und Stallknechten ein Bakteriologe, zwei Kreistierärzte, ein Roßschlächter und ein Sattlerlehrling, welcher sich bei Geschirreparaturen angesteckt hatte.

Die Erkrankung entsteht durch Eindringen von Rotzbazillen in Verletzungen und ist auch von Mensch zu Mensch übertragbar.

Außerhalb Preußens ist Rotz beim Menschen in denselben Staaten und in derselben Ausdehnung anzeigepflichtig wie Milzbrand.

6. Die **Tollwut** (Lyssa humana, Wasserscheu) entsteht nach dem Biß wutkranker Hunde, Katzen, Rinder und anderer Haustiere. Die

noch unbekannten Erreger dieser Krankheit müssen in dem Geifer der wutkranken Tiere gesucht werden. Die Krankheit pflegt bei etwa 5 Proz. der Gebissenen zum Ausbruch zu kommen, dann aber ausnahmslos tödlich zu verlaufen. In der Regel tritt die Krankheit erst einige Wochen, zuweilen mehrere Monate nach der Bißverletzung in Erscheinung. Besonders gefährlich sind Bißverletzungen, welche unbekleidete Körperteile, namentlich Gesicht und Hände, treffen.

Infolge der Beaufsichtigung, welcher die Hunde unterliegen — Hundesteuer, Maulkorbzwang, Hundesperre — ist die Wut unter den Hunden in Deutschland verhältnismäßig selten. Sie kommt vorwiegend in den an Rußland, Österreich, Holland und Belgien anstoßenden Grenzbezirken vor. Die Bißverletzungen von Menschen durch wutkranke Tiere haben in den letzten Jahren eine Zunahme gezeigt. In Preußen kamen von Bißverletzungen zur amtlichen Meldung im Jahre

1891: 78	1896: 128	1901: 187
1892: 72	1897: 161	1902: 250
1893: 60	1898: 263	1903: 307
1894: 92	1899: 302	1904: 365
1895: 66	1900: 232	1905: 368

Von diesen insgesamt 2684 Bißverletzungen haben 69, also 2,57 vom Hundert, den Tod an Tollwut zur Folge gehabt. Pasteur verdanken wir ein Schutzimpfungsverfahren, dessen rechtzeitige Anwendung eine fast sichere Verhütung der Tollwut gewährleistet, und das seit Errichtung von Tollwutabteilungen bei dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin und dem hygienischen Universitätsinstitut in Breslau in Preußen in der Mehrzahl der Bißverletzungen von Menschen zur Anwendung gelangt.

Außerhalb Preußens besteht in Deutschland eine unbedingte Anzeigepflicht für Tollwut in allen Bundesstaaten, mit Ausnahme von Hessen und Sachsen-Weimar, wo sie beschränkt ist, sowie von Sachsen, Baden, Mecklenburg-Strelitz, Sachsen-Coburg-Gotha, Schwarzburg-Sondershausen, Reuß ä. L. und Elsaß-Lothringen.

Über die Vorschrift des Regulativs hinaus ist in Preußen durch das Gesetz vom 28. Aug. 1905 auch die Anzeigepflicht für Bißverletzungen von Menschen durch tolle oder tollwutverdächtige Tiere eingeführt worden. Eine gleiche Anzeigepflicht besteht in Deutschland außerhalb Preußens nur noch in Braunschweig, Waldeck, Schaumburg-Lippe und Hamburg.

b) Die im Gesetz vom 28. August 1905, nicht aber im Regulativ von 1835 als anzeigepflichtig aufgeführten übertragbaren Krankheiten.

In dem Verzeichnis der anzeigepflichtigen Krankheiten des Regulativs von 1835 vermißt man von denen, die in dem preußischen Seuchengesetz von 1905 aufgezählt sind: Diphtherie, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, übertragbare Genickstarre,

Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose, Rückfallfieber und Trichinose.

1. Bezüglich der **Diphtherie**, welche doch so außerordentlich übertragbar ist und besonders die Kinderwelt gefährdet, begreift man nicht, weshalb sie im Regulativ von 1835 nicht erwähnt ist. Wenn sie auch als epidemische Krankheit erst der Neuzeit angehört, so war sie doch unter dem Namen Angina maligna schon im Altertum bekannt und wurde schon im Jahre 1826 durch Bretonneau genau beschrieben. Freilich trat sie in Deutschland erst nach Erlaß des Regulativs in epidemischer Verbreitung auf. Diese nahm später noch zu; in Preußen raffte die Krankheit noch im letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts jährlich durchschnittlich mehr als 40 000 Personen, meist Kinder, dahin und beraubte nicht selten Familien ihres gesamten Nachwuchses. Die sichere Erkennung und erfolgreiche Bekämpfung der Krankheit wurde möglich, als F. Löffler in dem Diphtheriebazillus ihren Erreger nachgewiesen hatte. Die Entdeckung des so wirksamen Diphtherieheilserums durch E. von Behring hatte einen ungeahnten Rückgang der Sterblichkeit an Diphtherie zur Folge, machte aber energische sanitätspolizeiliche Maßregeln gegen die Krankheit nicht überflüssig, weil die Wirksamkeit des Mittels nur in den ersten Tagen der Krankheit sicher, und daher die Verhütung der Übertragung auch jetzt noch überaus wichtig ist. Mit Recht nimmt daher in den neueren Seuchengesetzen die Diphtherie eine der wichtigsten Stellen ein.

Von je 10 000 der am 1. Januar Lebenden starben in Preußen an Diphtherie im Jahre

1890: 14,54	1894: 14,73	1898: 5,56	1902: 4,05
1891: 12,05	1895: 9,06	1899: 5,63	1903: 4,19
1892: 13,20	1896: 7,60	1900: 4,83	1904: 3,92
1893: 17,99	1897: 6,22	1901: 4,87	1905: 3,27

Nach fünfjährigem Durchschnitt starben an Diphtherie jährlich in Preußen in den Jahren 1890—1894: 14,40, 1895—1899: 6,81 und 1900—1904: 4,37 von je 10 000 am 1. Jan. Lebenden, Zahlen, welche die Wirksamkeit des Diphtherieserums deutlich beweisen, aber im Interesse der Volksgesundheit noch weiter heruntergedrückt werden müssen.

Außerhalb Preußens besteht in Deutschland in sämtlichen Bundesstaaten mit Ausnahme von Bayern und Württemberg, wo sie beschränkt ist, eine unbedingte Anzeigepflicht für Diphtherie.

2. Die **Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung** wurde zur Zeit der Abfassung des Regulativs und bis in die letzten Jahre des vorigen Jahrhunderts hinein als eine einfache Vergiftung aufgefaßt. Es gibt in der Tat nach dem Genuß verdorbener Nahrungsmittel — Fleisch, Fisch, Wurst, Käse — plötzlich auftretende, meist

sehr schwer verlaufende Erkrankungen, welche mit heftigem Schwindelgefühl, Muskellähmungen am Auge, Schlund, Kehlkopf u. s. w. einhergehen und augenscheinlich durch Gifte entstehen, die in dem betreffenden Nahrungsmittel durch Fäulnisbakterien erzeugt worden sind. Derartige Erkrankungen können nicht zu den übertragbaren Krankheiten gerechnet werden. Neben ihnen entstehen zuweilen gleichfalls kurz nach dem Genuß von Nahrungsmitteln Erkrankungen, welche mit Erbrechen, Durchfall, Fieber und allgemeiner Schwäche einhergehen und, wie zahlreiche Untersuchungen von Bacman, v. Drigalski, Dhont, van Ermenghem, Fischer, Gärtner, Gaffky, Kaensche, Karlinski, Pack, Poels, Vagedes u. a. ergeben haben, durch wohlcharakterisierte Bakterien erzeugt werden. Häufig handelt es sich dabei um das Fleisch erkrankt gewesener und notgeschlachteter Tiere. Die große Giftigkeit der betreffenden Bakterien für Versuchstiere spricht für die Pathogenität der Bakterien und rechtfertigt die Auffassung derartiger Erkrankungen als Infektionskrankheit, deren scharfe Umgrenzung und endgültige Beschreibung allerdings noch der Folgezeit vorbehalten geblieben ist.

Außerhalb Preußens besteht in Deutschland die Anzeigepflicht für Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung nur noch in Braunschweig.

3. In früheren Seuchengesetzen vermißt wird ferner die **übertragbare Genickstarre**, die Meningitis cerebrospinalis epidemica, welche in jüngster Zeit nicht nur in Deutschland in Form schwerer Epidemien aufgetreten und namentlich für die Kinderwelt außerordentlich gefährlich ist, in früheren Jahrhunderten dagegen so gut wie unbekannt war oder nur in sporadischen Fällen vorkam. Ihre Übertragbarkeit wurde daher vielfach bezweifelt, weil sie nur ausnahmsweise in einer Familie in mehreren Fällen auftrat, und sichere Fälle von Ansteckung nur ausnahmsweise vorkamen. Seit jedoch Weichselbaum in dem Diplococcus intracellularis den Erreger der Krankheit entdeckt, seit man die Wege, auf welchen er sich verbreitet, gezeigt und zweckmäßige Desinfektionsmethoden gefunden hat, kann man mit sanitätspolizeilichen Maßregeln gegen die Krankheit vorgehen, deren Vorbedingung die Einführung der Anzeigepflicht ist. Während der Ausarbeitung und Beratung des preußischen Seuchengesetzes ist die Genickstarre in Preußen in einer bis dahin unbekannt gewesenen Verbreitung aufgetreten und hat im Jahre 1905 über 4000 Erkrankungen mit einer Sterblichkeit von nahezu 70 Prozent erzeugt und dadurch den Beweis für die Einführung energischer Schutzmaßregeln gegen die Krankheit erbracht.

Hieraus erklärt es sich auch, daß in neuerer Zeit auch außerhalb Preußens die Anzeigepflicht für die Genickstarre eingeführt worden ist, und zwar unbedingt in Bayern, Sachsen, Mecklenburg-

Schwerin, Mecklenburg-Strelitz, Oldenburg, Braunschweig, Sachsen-Meiningen, Sachsen-Altenburg, Schwarzburg-Rudolstadt, Reuß j. L., Schaumburg-Lippe, Lippe, Bremen, Hamburg, Lübeck und Elsaß-Lothringen, beschränkt in Hessen, Sachsen-Weimar und Waldeck, während sie nur noch in Württemberg, Baden, Sachsen-Coburg-Gotha, Anhalt, Schwarzburg-Sondershausen und Reuß ä. L. überhaupt fehlt. Sicherlich wird sie auch hier über kurz oder lang zur Einführung gelangen.

4. Daß das **Kindbettfieber** sich im Regulativ nicht unter den anzeigepflichtigen Krankheiten findet, kann nicht wundernehmen. Obwohl Fälle, in denen Frauen im Anschluß an die Entbindung unter den Erscheinungen einer schweren Infektionskrankheit zu Grunde gingen, früher leider überaus häufig waren, und schon Willis im Jahre 1682 das Wochenbettfieber beschrieben hatte, so wies doch erst Semmelweis in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts nach, daß das Kindbettfieber eine übertragbare Krankheit ist; und erst den bakteriologischen und epidemiologischen Forschungen der späteren Jahrzehnte gelang es, für diese Tatsache weitere Beweise zu liefern, während eine scharfe Abgrenzung des Begriffes des Kindbettfiebers auch heute noch nicht gelungen ist. Namhafte Frauenärzte sind noch heute zweifelhaft, ob man mit sanitätspolizeilichen Vorschriften gegen das Kindbettfieber vorgehen soll, weil sie es für kaum durchführbar halten, leichte fieberhafte Erkrankungen im Wochenbett von schwereren Infektionen so scharf abzugrenzen, daß man mit Sicherheit sagen könne, welche Fälle anzeigepflichtig seien und welche nicht. Allein diese durchaus berechtigten theoretischen Bedenken müssen in den Hintergrund treten, wenn man erwägt, wie schmerzlich es ist, wenn meist jugendliche Frauen im Anschluß an die Entbindung zu Grunde gehen, und mit verhältnismäßig wie einfachen Maßregeln es gelingt, Infektionen im Wochenbett zu verhüten. Daß das preußische Seuchengesetz das Kindbettfieber unter die anzeigepflichtigen Krankheiten aufgenommen hat, wird sich je länger je mehr rechtfertigen; und es wird den Geburtshelfern und Frauenärzten sicherlich gelingen, durch sorgfältige Beobachtung den Begriff des Kindbettfiebers mit der Zeit so scharf abzugrenzen, daß die jetzt noch hier und da bestehenden Bedenken allmählich verschwinden werden.

Die Notwendigkeit eines energischen Vorgehens gegen das Kindbettfieber geht aus der Zahl seiner Opfer unwiderleglich hervor. Denn es starben von je 10 000 der am 1. Jan. lebenden Frauen im Wochenbett im Jahre

1890: 3,14	1894: 2,90	1898: 2,27	1902: 2,29
1891: 3,05	1895: 2,56	1899; 2,43	1903: 2,28
1892: 2,95	1896: 2,48	1900: 2,40	1904: 2,40
1893: 3,69	1897: 2,28	1901: 2,28	1905: 2,13

Was bei der Betrachtung dieser Zahlen betrüben muß, ist die Tatsache, daß sie seit Jahren fast völlig dieselbe Höhe zeigen, während andere Infektionskrankheiten, namentlich Diphtherie, Tuberkulose und Typhus, einen merklichen Rückgang erkennen lassen. Da auch das Kindfettfieber vermeidbar ist, kommt alles darauf an, die richtigen Maßregeln zu seiner Verhütung und Bekämpfung zu ergreifen.

Außerhalb Preußens ist das Kindbettfieber fast in sämtlichen deutschen Bundesstaaten unbedingt anzeigepflichtig. Eine Ausnahme machen nur Sachsen-Weimar, wo nur eine beschränkte Anzeigepflicht besteht, sowie Sachsen und Württemberg, wo jede Anzeigepflicht fehlt.

5. Diejenige Augenkrankheit, welche jetzt als **„Körnerkrankheit“** (Granulose, Trachom) bezeichnet wird, ist im Regulativ unter der Bezeichnung „kontagiöse Augenentzündung“ als eine Krankheit erwähnt, die „sich bisher hauptsächlich im Militär gezeigt hat“. Mit Rücksicht hierauf wurde eine Anzeigepflicht für sie bei Zivilpersonen nicht eingeführt. Eine solche mußte auch so lange noch undurchführbar erscheinen, als man auf dem unitarischen Standpunkt stand und annahm, daß die kontagiöse Augenentzündung unter gewissen Verhältnissen aus einfachen Augenlid-Bindehautentzündungen entstehen könnte. Erst die Forschungen der neueren Zeit haben die Körnerkrankheit als eine spezifische, von anderen ähnlichen Prozessen, wie Follikularkatarrh u. dgl., wohl zu unterscheidende Krankheit kennen gelehrt und die Einführung der Anzeigepflicht gerechtfertigt, die um so notwendiger war, als man erkannt hat, daß die Krankheit vielfach, namentlich durch Wanderarbeiter aus ihrem endemischen Gebiet in den russischen Ostseeprovinzen, Russisch-Polen und den preußischen Provinzen Ostpreußen und Posen nach dem Norden und dem Westen des Deutschen Reiches verschleppt wird. Auf diese Weise is es gekommen, daß die Körnerkrankheit, welche in den östlichen Teilen Preußens, in Ostpreußen, Westpreußen, Hinterpommern, Posen seit Jahrhunderten heimisch war, sich weiter und weiter nach Westen ausgedehnt und bereits in der Provinz Sachsen, in einzelnen Teilen des Eichsfeldes und der Provinz Westfalen Herde gebildet hat. Die Gefahren, welche die Krankheit für die Ausbildung, die Erwerbs- und die Wehrfähigkeit der Bevölkerung mit sich bringt, haben dahin geführt, daß seit dem Jahre 1897 unter Aufwendung erheblicher staatlicher und kommunaler Mittel ein energischer Kampf gegen die Granulose aufgenommen, und seit 1899 jährlich der Betrag von 350000 M. für diesen Zweck durch den preußischen Staathaushaltsetat bereitgestellt worden ist. Nach dem Urteil der beteiligten Behörden ist die erfolgreiche Durchführung dieses Kampfes nicht möglich ohne die Einführung der Anzeigepflicht für die Krankheit, welche es ermöglicht, alle Fälle festzustellen und zu verfolgen.

Außerhalb Preußens besteht in Deutschland eine unbedingte Anzeigepflicht für die Körnerkrankheit nur in Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz, Oldenburg, Braunschweig, Sachsen-Altenburg, Reuß j. L., Bremen, Hamburg und Lübeck, eine beschränkte in Bayern, Hessen, Sachsen-Weimar, Schwarzburg-Rudolstadt, Lippe und Elsaß-Lothringen, während die Anzeigepflicht in Sachsen, Württemberg, Baden, Sachsen-Meiningen, Sachsen-Coburg-Gotha, Anhalt, Schwarzburg Sonderhausen, Waldeck, Reuß ä. L. und Schaumburg-Lippe überhaupt fehlt.

6. Daß das Regulativ die Anzeigepflicht für die **Lungen- und Kehlkopftuberkulose** nicht kennt, kann uns nicht wundernehmen. Galt doch zur Zeit der Abfassung des Regulativs und noch bis in das letzte Fünftel des vorigen Jahrhunderts die Schwindsucht als eine chronische Ernährungsstörung, die sich hauptsächlich durch Erblichkeit verbreiten sollte. Allerdings muß angenommen werden, daß der Verfasser des Regulativs die Absonderungen der Kranken für ansteckend gehalten hat, da er als sanitätspolizeiliche Maßregeln bei dieser Krankheit „die vorschriftsmäßige Reinigung und resp. Vernichtung der mit den Absonderungen der Kranken in unmittelbare Berührung gekommenen Kleidungsstücke und sonstigen Effekten“ empfiehlt.

Eigenartig ist jedoch auch die Stellung, welche das neue preußische Gesetz gegenüber der Tuberkulose eingenommen hat.

Solange man die Schwindsucht noch für eine konstitutionelle, von den Eltern auf die Kinder vererbliche Krankheit hielt, mochten diese Maßregeln genügen. Seit aber durch Robert Koch der Tuberkelbazillus entdeckt, und damit der Nachweis erbracht worden war, daß die Schwindsucht sich durch Übertragung von Person zu Person verbreitet, erhoben sich immer mehr Stimmen für die Einführung der Anzeigepflicht für die Tuberkulose, wenn auch die Anschauungen noch darüber auseinandergingen, in welchem Umfange die Anzeigepflicht einzuführen sei. Sollten Erkrankungen und Todesfälle nur an Lungen- und Kehlkopftuberkulose oder auch an Drüsen-, Nieren-, Darm-, Knochen- und Gelenktuberkulose anzeigepflichtig werden? Und sollte sich bei der Lungen- und Kehlkopftuberkulose die Anzeigepflicht nur auf vorgeschrittene Fälle erstrecken, die augenscheinlich ansteckend wären, oder schon auf die ersten Anfänge, bei welchen noch keine Tuberkelbazillen ausgeschieden werden?

Diese auf wissenschaftlichen Kongressen eingehend erörterten Fragen wurden zuerst in Deutschland, dann in Norwegen und Amerika zum Austrag gebracht. Schon im Jahre 1898 wurde in Sachsen-Altenburg die Anzeigepflicht für Todesfälle an Lungentuberkulose eingeführt; im Jahre 1899 folgten der preußische Regierungsbezirk

Wiesbaden und die Stadt Trier mit der Einführung der Anzeigepflicht für Erkrankungen und Todesfälle an Lungentuberkulose nach. In Norwegen wurde im Jahre 1899 ein Tuberkulosegesetz erlassen, welches sich auf alle Formen der Tuberkulose bezieht und die Anzeigepflicht sowie die Absonderung bei Lungentuberkulose vorsieht. Sehr energisch ging man in mehreren größeren Städten Nordamerikas, in Newyork, Boston usw., vor. Weitgehende Bestimmungen wurden dann in Sachsen und Baden eingeführt; in beiden Ländern wurde die Anzeigepflicht bei vorgeschrittenen Erkrankungen und bei Todesfällen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose, und zwar auch beim Wohnungswechsel, vorgeschrieben.

Diesen Standpunkt nahm auch der Entwurf des preußischen Seuchengesetzes ein, indem er eine Anzeigepflicht für vorgeschrittene Erkrankungen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose, und zwar auch beim Wohnungswechsel, vorsah. Bei den parlamentarischen Verhandlungen gelang es nicht, die Zustimmung des Landtages zu diesen Bestimmungen zu erlangen. Man hob hervor, wie schwer es wäre, zu definieren, was unter einer „vorgeschrittenen" Erkrankung an Lungentuberkulose zu verstehen wäre; man befürchtete, daß es an der Hand dieses Begriffes unmöglich sein würde, Personen, welche sich der Anzeigepflicht entzögen, zur Bestrafung zu bringen; man meinte, daß diese wenig präzise Bestimmung zu Belästigungen der Bevölkerung führen würde; man äußerte endlich die Besorgnis, infolge der Anzeigepflicht beim Wohnungswechsel würden Schwindsüchtige überhaupt keine Wohnung finden, weil die Hauswirte jeden Katarrh als Lungentuberkulose ansehen und den Mietern Schwierigkeiten machen würden. Hinweise darauf, daß Bestimmungen in anderen Staaten sich eingelebt und nicht zu Schwierigkeiten geführt hätten, hatten keinen Erfolg; es wurde schließlich die Anzeigepflicht nur bei Todesfällen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose in das Gesetz aufgenommen.

Daß diese Anzeigepflicht keine wirksame Einschränkung dieser furchtbaren Volkskrankheit ermöglicht, darüber besteht unter den Sachverständigen kein Zweifel. Da der Tote nur noch eine geringe Gefahr für seine Umgebung darstellt, so hat die Anzeige eines Todesfalles an Lungentuberkulose nur insofern Wert, als sie ermöglicht, auf die Durchführung der Desinfektion der Wohnung und der Effekten des Verstorbenen zu dringen und die Benutzung der Wäsche und Kleidungsstücke an Lungenschwindsucht verstorbener Personen in undesinfiziertem Zustande zu verhindern. Damit ist jedoch nur der kleinste Teil der Gefahren, welche die Lungentuberkulose darstellt, beseitigt. Wenn man erwägt, wie lange eine Erkrankung an Schwindsucht dauert, mit wieviel Menschen ein Tuberkulöser während seines langen Leidens in Berührung kommt, wie viele Wohnungen er während dieser Zeit infizieren kann, so kann man es nur auf das schmerzlichste

bedauern, daß das Gesetz den Behörden keine ausreichenden Handhaben gegen diese Gefahren gibt.

Es ist richtig, daß ein Kranker mit Lungen- und Kehlkopftuberkulose so lange keine Gefahr für seine Umgebung darstellt, als die durch die Tuberkelbazillen entstehenden Neubildungen in Lunge und Kehlkopf noch nicht zerfallen, also noch keine Tuberkelbazillen mit dem Auswurf an die Außenwelt gelangen. Der Kranke kann auch dann, wenn schon tuberkelbazillenhaltiger Schleim ausgeworfen wird, noch verhältnismäßig ungefährlich für seine Umgebung sein, wenn er seinen Auswurf vorsichtig beseitigt. Wenn aber der Auswurf reichlicher wird, die Kräfte des Kranken nachlassen, Fieber, Schweiße und Kräfteverfall sich einstellen, dann hört der Kranke auf, vorsichtig zu sein, beschmutzt sich und seine Wäsche und Effekten mit Krankheitskeimen und wird zu einer Quelle der Übertragung für seine Umgebung. Die zahllosen Fälle, in denen Tuberkulöse Familienmitglieder anstecken, oder gesunde Personen in einer Wohnung, welche vorher von einem Schwindsüchtigen bewohnt gewesen war, selbst der Schwindsucht verfallen, führen eine beredte Sprache. Wenn man demgegenüber die Erziehung der Bevölkerung für genügend hält, um die Gefahren zu verhüten, so befindet man sich im Irrtum. Jeder erfahrene Arzt hat mehr als einmal selbst in gebildeten Familien tauben Ohren gepredigt, wenn er auf die Gefahren hinwies, welche ein Schwindsüchtiger für seine Umgebung darstellt. Ohne polizeilichen Zwang kommt man nicht aus; und nicht eher wird man der Geißel des Menschengeschlechtes Herr werden, ehe nicht in allen Staaten die Anzeigepflicht für Erkrankungen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose eingeführt ist.

Von den übrigen Formen der Tuberkulose drohen geringere Gefahren. Die Drüsen-, die Knochen- und die Gelenktuberkulose sind für die Umgebung des Kranken so gut wie ungefährlich; Darmtuberkulose kommt selten primär vor und ist meist eine Begleiterscheinung vorgeschrittener Lungentuberkulose; primäre Nierentuberkulose ist zwar leider nicht selten, aber für die Verbreitung der Tuberkulose ist der Harn weniger geeignet als der Lungenauswurf, welcher häufiger und in kleineren Mengen entleert und leichter in der Umgebung des Kranken verschmiert wird als der Harn.

Darm- und Nierentuberkulose treten daher in sanitätspolizeilicher Beziehung in den Hintergrund; ein wirksamer Kampf gegen die Tuberkulose ist schon möglich, wenn nur die Einführung der Anzeigepflicht für vorgeschrittene Erkrankungen, und zwar bei diesen auch bei dem Wechsel der Wohnung, sowie für Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose erreicht wird.

Schmedding bemerkt zutreffend:

„Was die vorhin schon genannte Tuberkulose anbelangt, so sollte

nach dem Entwurfe des preußischen Gesetzes (§ 1 Abs. 3) nicht nur jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose, sondern auch der Wohnungswechsel einer an vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopftuberkulose erkrankten Person angezeigt werden. Es war meines Erachtens hiermit das Mindestmaß davon gefordert, was zur Bekämpfung des bekanntermaßen außerordentlich stark verbreiteten Würgengels des Volkes unbedingt erforderlich ist; denn darüber kann ein Zweifel nicht bestehen, daß gerade das Beziehen der durch Tuberkulose verseuchten Wohnungen für die Gesundheit der Bewohner die größten Gefahren mit sich bringt. . . . Aus diesem Grunde ist es lebhaft zu beklagen, daß, wenn die Anzeigepflicht der Krankheitsfälle selbst nicht zur Einführung gelangen konnte, dann doch nicht wenigstens der Wohnungswechsel angezeigt werden muß. Hoffentlich gelingt es in absehbarer Zeit, wenn einmal das neue Gesetz sich eingelebt hat, und seine wohltätigen Wirkungen von der breiten Masse des Volkes anerkannt worden sind, jenen Mangel zu beseitigen und der Königl. Staatsregierung die Handhabe zu bieten, um der Tuberkulose, die innerhalb der preußischen Staaten in den Jahren 1890 bis 1896 durchschnittlich jährlich 74054 Personen — d. h. 236,6 von je 100000 der am 1. Januar Lebenden — zum Opfer fielen, in wirksamer Weise und rechtzeitig entgegentreten zu können."

In anderen Staaten besteht, zu unserer Beschämung sei es gesagt, eine weitgehende Anzeigepflicht für Tuberkulose, und sie hat dort, wie wenigstens Renk bezüglich Sachsens mitteilt, nicht nur nicht zu Unzuträglichkeiten geführt, sondern sich sogar ausgezeichnet bewährt.

7. Für das **Rückfallfieber** besteht in Preußen die Anzeigepflicht implicite bereits nach dem Regulativ von 1835, da zur Zeit der Abfassung des letzteren die Krankheit unter den Begriff des Typhus fiel. Doch ist es im Regulativ aus begreiflichen Gründen nicht erwähnt, da es ja erst später als selbständige Krankheit beschrieben worden ist. Die Krankheit ist in Deutschland nicht endemisch, sondern wird ebenso wie das Fleckfieber gelegentlich aus dem Auslande — Rußland, Galizien — eingeschleppt und tritt dann meist vereinzelt, zuweilen aber auch in größeren Epidemien auf. Daß sie in das preußische Gesetz von 1905 aufgenommen werden mußte, ist daher selbstverständlich. Außerhalb Preußens besteht in Deutschland keine Anzeigepflicht nur in den Staaten Sachsen, Württemberg, Baden, Sachsen-Meiningen, Schwarzburg-Sondershausen, Waldeck und Reuß ä. L., eine beschränkte in Anhalt, in allen übrigen Staaten aber eine unbedingte.

8. **Trichinose.** Die Bedeutung der von Owen im Jahre 1835 entdeckten Trichina spiralis ist von Leuckart und Virchow in den

sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts erkannt worden. Die Trichinose, welche durch die Einwanderung der Trichine in den menschlichen Körper entsteht, kann eigentlich nicht zu den Infektionskrankheiten gerechnet werden, weil sie nicht von Mensch zu Mensch übertragbar ist. Die Trichinen, welche vom Menschen mit dem Schweinefleisch verzehrt werden, wachsen im Darme zu geschlechtsreifen Trichinen aus, begatten sich und bringen lebende Junge zur Welt, welche in die Muskeln ihres Wirtes einwandern und die Krankheit erzeugen. Man hat gegen die Aufnahme der Trichinose unter die anzeigepflichtigen Krankheiten Bedenken geäußert, indem man unter anderem auch darauf hinwies, daß das einzige, aber auch ausreichende Mittel gegen die Entstehung der Trichinose die gewissenhafte Ausführung der Fleischbeschau sei. Trotz dieser Bedenken entschied man sich für die Aufnahme der Krankheit in das Gesetz in der Erwägung, daß die Anzeigepflicht für Trichinose eine wirksame Handhabe zur Kontrolle dafür abgibt, ob die Trichinenschau auch wirklich zuverlässig gehandhabt wird.

Außerhalb Preußens besteht in Deutschland für Trichinose eine unbedingte Anzeigeflicht in den Staaten Bayern, Oldenburg, Braunschweig, Sachsen-Altenburg, Anhalt und den drei Hansestädten, eine beschränkte in Sachsen-Weimar und Waldeck, während sie in den übrigen Staaten fehlt.

c) Die zwar im Regulativ von 1835, nicht aber im Gesetz vom 28. August 1905 als anzeigepflichtig aufgeführten übertragbaren Krankheiten.

Das Regulativ von 1835 führt, abweichend von dem neuen Seuchengesetze vom 28. Aug. 1905, nachstehende Krankheiten: Krätze, Masern, Röteln, Syphilis und Weichselzopf als anzeigepflichtig an.

1. Die **Krätze** ist eine übertragbare Krankheit, sie wird erzeugt durch die Einwanderung der Krätzmilbe in die Haut, die bei nahen Berührungen von einem Menschen auf den anderen überwandert. Gewisse sanitätspolizeiliche Maßregeln zur Verhütung der Krätze sind daher unentbehrlich. Die Krankheit hat aber nicht die Bedeutung, welche man ihr noch zu Anfang des vorigen Jahrhunderts beimaß; damals glaubte man, sie führe zu schweren Folgezuständen, welche man als psorische Dyskrasie bezeichnete. Die Entdeckung der Krätzmilbe und der Nachweis, daß diese schon durch Einreibungen mit einfachen Mitteln zu beseitigen ist, entkleidete die Krätze ihres früheren geheimnisvollen Charakters und ließ die Anzeigepflicht, die Absonderung und die Desinfektion als überflüssig erscheinen. In Schulen, Pensionaten, Kasernen, Gefängnissen u. s. w., also überall, wo eine größere Anzahl von Menschen in engen Räumen zusammengedrängt ist, muß man auch künftig der Krätze Aufmerksamkeit an-

gedeihen lassen. Es ist aber nicht erforderlich, den für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten eingerichteten Apparat gegen diese verhältnismäßig harmlose Krankheit in Bewegung zu setzen.

Ebenso wie in Preußen ist die Krätze auch in der überwiegenden Mehrzahl der übrigen deutschen Bundesstaaten nicht anzeigepflichtig, eine beschränkte Anzeigepflicht besteht nur in Sachsen-Weimar, Sachsen-Meiningen, Schwarzburg-Rudolstadt und Reuß j. L.

2. Schwerwiegenden Bedenken unterliegt bei vielen Sachverständigen die Aufhebung der Anzeigepflicht bei den **Masern**. Wenn sie auch in der Mehrzahl der Fälle verhältnismäßig leicht auftreten, so ist doch die Zahl der Todesfälle, welche sie verschulden, leider recht groß und beläuft sich in Preußen durchschnittlich auf etwa 9000 im Jahre, Fälle, die meist Kinder in jugendlichem Alter betreffen; häufig genug kommt es zu Epidemien, welche ganze Ortschaften und Gegenden heimsuchen. Die Gründe, welche für Aufhebung der Anzeigepflicht sprachen, waren folgende: Man kennt den Erreger der Masern nicht und weiß nicht, zu welcher Zeit ihre Übertragung auf Gesunde stattfindet. Nach den einen erfolgt sie namentlich zur Zeit der Abschuppung, nach anderen bereits zur Zeit der Inkubation. Zweifellos erfolgt sie überaus leicht, aber auf Wegen, welche uns noch unbekannt sind. Bei der Auswahl der sanitätspolizeilichen Maßregeln tappt man daher im Dunkeln. Andererseits ist die Beobachtung der Anzeigepflicht bei der großen Verbreitung der Krankheit mit erheblichen Belästigungen für die Bevölkerung verbunden. Es kommt hinzu, daß im Regulativ von 1835 die Anzeigepflicht für Masern eine beschränkte war und nur bestand, wenn Ärzten besonders bösartige und besonders zahlreiche Fälle der Krankheit vorkamen; mit einer solchen Anzeigepflicht aber ist nichts zu machen. Es erschien daher zweckmäßiger, sie ganz fallen zu lassen, dafür aber die Möglichkeit zu schaffen, sie für außergewöhnliche Fälle durch besondere Vorschrift in vollem Umfang einzuführen, worauf bei Besprechung des § 5 des Gesetzes zurückzukommen sein wird. Auf Grund dieses Paragraphen ist die Anzeigepflicht bereits im Frühjahr 1907 in mehreren preußischen Kreisen — Pillkallen, Angerburg, Koschmin — durch Staatsministerialverordnung vorübergehend eingeführt worden.

Auch außerhalb Preußens besteht in der Mehrzahl der deutschen Bundesstaaten nur eine beschränkte Anzeigepflicht, nämlich in Bayern, Württemberg, Baden, Hessen, Mecklenburg-Strelitz, Sachsen-Weimar, Sachsen-Meiningen, Sachsen-Coburg-Gotha, Schwarzburg-Rudolstadt, Waldeck und Lippe; eine unbedingte nur in Schwarzburg-Sondershausen, Reuß ä. L., Reuß j. L. und Lübeck, während in den übrigen Staaten die Anzeigepflicht ganz fehlt.

3. Was die **Röteln** betrifft, so ist diese Krankheit so harmlos und verläuft in der Mehrzahl der Fälle so leicht, daß man bei ihr auf sanitätspolizeiliche Maßregeln verzichten kann. Sie sind in den alten Seuchengesetzen aufgeführt, weil sie unter Umständen mit Masern verwechselt werden, und weil man befürchtete, die Anzeige von Masernfällen könnte unterlassen werden unter dem Vorwande, man habe die Krankheit für Röteln gehalten.

Ebenso wie in Preußen besteht auch in der Mehrzahl der übrigen Bundesstaaten keine Anzeigepflicht für Röteln, eine beschränkte besteht in den Staaten Mecklenburg-Strelitz, Sachsen-Weimar, Sachsen-Meiningen, Schwarzburg-Rudolstadt, Waldeck und Lippe.

4. Für die **Syphilis** schrieb das Regulativ von 1835 nur eine beschränkte Anzeigepflicht vor, „wenn nach Ermessen des Arztes von der Verschweigung der Krankheit nachteilige Folgen für den Kranken selbst oder für das Gemeinwesen zu befürchten sind“. Eine solche beschränkte Anzeigepflicht hat aber große Bedenken. Sie ist nach dem Regulativ in das Ermessen des Arztes gestellt und von Bedingungen abhängig gemacht, deren Vorhandensein oder Fehlen der Arzt in vielen Fällen gar nicht beurteilen kann. Infolgedessen haben die Ärzte diese Pflicht kaum jemals erfüllt. Das Gleiche gilt von der Verpflichtung, welche § 65 Abs. 3 des Regulativs den Zivilärzten auferlegte, syphilitisch kranke Soldaten, welche sie behandeln, dem Kommandeur des betreffenden Truppenteiles oder dem dabei angestellten Oberarzt anzuzeigen.

Bei der Ausarbeitung des Entwurfes zu dem preußischen Seuchengesetze wurde zunächst wieder eine beschränkte Anzeigepflicht aufgenommen. Nach ihr sollte die Krankheit — und dasselbe wurde für Schanker und Tripper vorgeschlagen — nur bei Personen anzeigepflichtig sein, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben; auch wurde die oben erwähnte Verpflichtung für Zivilärzte, Erkrankungen von Soldaten dem Truppenteil anzuzeigen, in den Entwurf übernommen. Bei der Beratung des Entwurfes im Landtage wurden jedoch beide Bestimmungen fallen gelassen, und es wurde von der Einführung jeder Anzeigepflicht für Schanker, Syphilis und Tripper abgesehen. Die namentlich von hervorragenden Syphilidologen vertretenen Gründe dafür waren die Befürchtung, durch die Anzeigepflicht für diese so delikaten Leiden die Erkrankten vom Arzte fernzuhalten und in die Hände von Kurpfuschern zu treiben, und die Hoffnung, daß es durch Gewährung leicht zugänglicher, geeignetenfalls kostenloser Behandlung gelingen werde, die von der gewerbsmäßigen Unzucht lebenden Prostituierten auch ohne Einführung einer Anzeigepflicht für die Gesellschaft ungefährlich zu machen.

Für die Richtigkeit dieser Auffassung spricht die Tatsache, daß für Schanker und Tripper in keinem einzigen deutschen Bundesstaat die Anzeigepflicht besteht, für Syphilis aber nur in Sachsen-Meiningen, und zwar auch hier nur in beschränktem Umfange.

5. Was endlich den sogenannten **Weichselzopf** betrifft, von welchem im Regulativ von 1835 nicht weniger als 6 Paragraphen handeln, so galt er früher als übertragbare Krankheit, während wir heute wissen, daß es sich dabei nur um eine durch Mangel an Sauberkeit herbeigeführte Verfilzung der Haare handelt, bei der vielfach Aberglaube eine Rolle spielt. Wie amtliche Erhebungen ergeben haben, kommt der Weichselzopf auch jetzt noch im Osten der preußischen Monarchie, namentlich da, wo Polen ansässig sind, in ziemlicher Ausdehnung vor; z. B. sind in verschiedenen Kreisen des Regierungsbezirkes Marienwerder noch Tausende von Personen damit behaftet. Aber sie sind körperlich durchaus gesund, und ihre Berührung mit anderen Menschen ist für diese ungefährlich. Ansteckend kann höchstens ihr Beispiel wirken. Zu bekämpfen ist der Weichselzopf durch hygienische Maßregeln und Belehrung, nicht aber durch die Seuchengesetzgebung. Außerhalb Preußens hat in Deutschland niemals Anzeigepflicht für den Weichselzopf bestanden und besteht sie auch jetzt nicht.

d) Nicht anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten.

Schließlich ist noch mit einigen Worten einiger Krankheiten zu gedenken, für welche das Gesetz von 1905 keine Anzeigepflicht enthält, obwohl sie zweifellos zu den übertragbaren gehören, vor allem der Influenza, des Keuchhustens, der Malaria, des Mumps und der Rose.

1. Die **Influenza** (Grippe), eine überaus übertragbare, häufig in Epi-, ja in Pandemien auftretende und auch in Deutschland schon seit dem 16. Jahrhundert häufig beobachtete Krankheit, verursachte gerade zu der Zeit, in welcher das Regulativ von 1835 ausgearbeitet wurde, einige schwere Epidemien und erschien aufs neue in der Zeit von 1889 bis 1897 in großer Verbreitung. Wenn man trotzdem und trotz der damals erfolgten Entdeckung und Züchtung des Influenzabazillus davon Abstand genommen hat, die Influenza unter die anzeigepflichtigen Krankheiten aufzunehmen, so hat dies seinen Grund in der großen Verschiedenheit in der Art und Schwere ihres Auftretens und in der Tatsache, daß die Art und Weise ihrer Übertragung noch zu wenig aufgeklärt ist. Die Krankheit folgt dem Verkehr, ihre Übertragung erfolgt von Person zu Person durch Tröpfcheninfektion — feine Tröpfchen, welche der Erkrankte beim Sprechen, Husten, Räuspern

und Niesen um sich verbreitet, und die der Gesunde in der Umgebung des Kranken einatmet —, aber die Verbreitung ist eine so schnelle und meist so ausgedehnte, daß man ihren Gang kaum zu verfolgen, jedenfalls bis jetzt nicht zu durchkreuzen vermag. Hoffentlich wird ein weiteres Studium der Krankheit, die meist harmlos und nur ausnahmsweise schwerer verläuft, Aufklärung bringen. — Auch außerhalb Preußens besteht in der Mehrzahl der deutschen Staaten keine Anzeigepflicht, eine beschränkte nur in Bayern und Schwarzburg-Rudolstadt.

2. Weniger verständlich erscheint vielen Sachverständigen, daß das Gesetz von 1905 keine Anzeigepflicht für den **Keuchhusten** enthält. Gehört er doch zu den schwersten und übertragbarsten Krankheiten der Kinderwelt; wie jeder erfahrene Kinderarzt weiß, geraten Kinder unter einem Jahr in äußerste Lebensgefahr, wenn sie vom Keuchhusten befallen werden. Von den durchschnittlich mehr als 14000 Todesfällen, welche der Keuchhusten jährlich in Preußen erzeugt, betrifft der überwiegendste Teil Kinder unter einem Lebensjahre. Aber man kennt den Erreger der Krankheit und die Wege ihrer Verbreitung noch nicht, und es fehlt an wirksamen Maßregeln gegen ihre Verbreitung, wenn es auch wahrscheinlich ist, daß sie durch das Verspritzen der Krankheitskeime bei den Hustenstößen, also durch den nahen Verkehr der Kinder und ihrer Wärterinnen stattfindet. Es erschien daher zweckmäßig, auf die Anzeigepflicht bei Keuchhusten zu verzichten, um so mehr, als die Krankheit sich schleichend entwickelt und in den ersten Wochen, in denen sie sicher schon übertragbar ist, selbst für den erfahrenen Arzt nicht sicher erkennbar ist. Zur Verhütung der Gefahren zu Zeiten von Epidemien wird auch hier der § 5 des Seuchengesetzes heranzuziehen sein.

Zu erwägen bleibt jedoch, ob nicht für gewisse Verhältnisse, in denen regelmäßig zahlreiche Kinder zusammenkommen, die Anzeigepflicht für Keuchhusten ein für allemal einzuführen wäre, also für Schulen, Pensionate, Alumnate, Konvikte u. s. w., namentlich aber für Brunnen- und Badeorte, besonders Seebäder, in denen Kinder Genesung suchen.

Außerhalb Preußens besteht eine unbedingte Anzeigepflicht nur in Reuß j. L. und eine beschränkte in Bayern, Sachsen, Baden, Hessen, Mecklenburg-Strelitz, Schwarzburg-Rudolstadt, Waldeck und Lippe, während die in den übrigen deutschen Bundesstaaten ganz fehlt.

3. Die **Malaria**, das Wechsel- oder kalte Fieber, wurde zur Zeit der Bearbeitung des Regulativs nicht zu den Infektionskrankheiten gerechnet, sie gehört auch nach den neueren Forschungen nicht

zu den unmittelbar übertragbaren Krankheiten, die Übertragung der Krankheit von dem Kranken auf den Gesunden erfolgt vielmehr durch einen Zwischenwirt, die Stechmücke, Anopheles maculipennis. Ein Mensch, welcher die Krankheitskeime, die Plasmodien, in seinen roten Blutkörperchen beherbergt, ist da, wo diese Stechmücke vorkommt, eine Gefahr für seine Umgebung, und es fragt sich daher, ob nicht für Gegenden, in denen die Malaria heimisch ist, die Anzeigepflicht für diese Krankheit einzuführen sein wird. Beim Erlaß des preußischen Seuchengesetzes hielt man jedoch einen Anlaß dazu nicht für vorliegend, weil die Krankheit in keinem Teile Preußens in merklicher Ausbreitung vorhanden war.

Außerhalb Preußens besteht eine Anzeigepflicht, und zwar eine unbedingte, nur in Lübeck.

4. Auch die **Rose**, das Erysipelas, ist eine übertragbare Krankheit, die vor der Einführung der anti- und der aseptischen Wundbehandlung ein gefürchteter Gast der Hospitäler war. Epidemien dieser Krankheit sind aber neuerdings nicht beobachtet worden. Die Einführung der Anzeigepflicht für Rose erschien daher nicht erforderlich, eine solche besteht auch im übrigen Deutschland nur, und zwar unbedingt, in Braunschweig.

Von den übrigen übertragbaren Krankheiten, für welche durch das preußische Gesetz von 1905 keine Anzeigepflicht eingeführt worden ist, besteht eine solche für **Beri-Beri** in Bremen (unbedingt), für **Blennorrhöe der Neugeborenen** in Anhalt, Lippe und Bremen (unbedingt), für **Kopfgrind** in Sachsen-Meiningen (beschränkt), für **brandige Lungenentzündung** in Reuß j. L. (unbedingt), für **Schälblasen der Neugeborenen** in Sachsen-Meiningen und Lippe (unbedingt) sowie in Sachsen (beschränkt) und für **Skorbut** in Bremen (unbedingt). In Preußen glaubte man einer Anzeigepflicht für diese Krankheiten entraten zu können, teils weil sie, wie Beri-Beri, bei uns nicht einheimisch, teils weil sie, wie Skorbut, nicht übertragbar, teils weil sie, wie die brandige Lungentzündung, überaus selten sind. Über den Kopfgrind und die Schälblasen der Neugeborenen äußerte sich die Begründung zu dem preußischen Gesetzentwurf folgendermaßen:

„Bösartiger Kopfgrind wird gleichfalls im Gesetzentwurfe nicht erwähnt. Die Fortschritte der Dermatologie haben ergeben, daß die Sammelbezeichnung „bösartiger Kopfgrind“ eine Mehrheit selbständiger Krankheiten umfaßt, welche rein örtlich verlaufen und niemals zu Allgemeinkrankheiten ausarten, so daß von einer Bekämpfung derselben mittelst behördlicher Maßnahmen abgesehen werden kann. Auch der Erlaß der Minister der geistlichen u. s. w. Angelegenheiten und

des Innern, betreffend die Verhütung der Übertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen, vom 14. Juli 1884 (M.Bl. f. d. i. V. S. 198), hat den bösartigen Kopfgrind mit Stillschweigen übergangen. Die einzige sanitätspolizeiliche Maßregel, welche sich gegenüber dem Kopfgrind, wie bei allen Haarkrankheiten, empfiehlt, ist eine sorgfältige Überwachung des Barbier-, Friseur- und Perückenmachergewerbes, deren Durchführung jedoch nicht die Form des Gesetzes erfordert."

„Auch die Schälblasen der Neugeborenen sind in dem Gesetzentwurfe nicht berücksichtigt. Mit diesem Namen werden zwei verschiedene Krankheiten bezeichnet, einmal eine Erscheinungsform der Syphilis, welche unter diese Krankheit fällt, und dann eine verhältnismäßig harmlose Hautkrankheit, gegen welche sich sanitätspolizeiliche Maßregeln erübrigen."

Bei der Beratung des Gesetzentwurfes in der Kommission des Abgeordnetenhauses wurde der Antrag auf Aufnahme der Blennorrhöe der Neugeborenen unter die anzeigepflichtigen Krankheiten gestellt, dieser Antrag aber abgelehnt, nachdem der Verfasser als Regierungsvertreter folgende Erklärung abgegeben hatte:

„Die Ausführungen des Antragstellers sind insofern zutreffend, als in der Tat die Mehrzahl der Erblindungen im jugendlichen Alter durch diese Krankheit zustande kommt. Sie ist außerordentlich gefährlich und verdient daher die größte Aufmerksamkeit. Da der Antrag auf Einbeziehung der Krankheit in die Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten bereits im vorigen Jahre gestellt worden ist, so hat der Minister gutachtliche Äußerungen von einer großen Anzahl von Geburtshelfern, Augenärzten und Medizinalbeamten eingefordert. Von diesen haben sich einige, aber nur die Minderzahl, für die Einführung der Anzeigepflicht ausgesprochen. Die überwiegende Mehrzahl war dagegen, und auch die Staatsregierung muß sich in diesem Sinne aussprechen. Die Augenentzündung der Neugeborenen entsteht durch Übertragung von Trippergift aus den Geschlechtsteilen der Mutter auf die Augen des Kindes während oder kurz nach der Geburt. Der Tripper gehört zu den übertragbaren Geschlechtskrankheiten. Nun haben wir auf Antrag der Kommission die übertragbaren Geschlechtskrankheiten in § 1 gestrichen. Es wäre also nicht konsequent, wenn wir die Augenentzündung der Neugeborenen in den § 1 aufnehmen wollten. Es kommt aber außerdem in Betracht, daß wir in einem von Professor Credé angeregten Verfahren ein vorzügliches Mittel zur Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen besitzen. Dasselbe besteht in der Eintröpfelung von einer 2-proz. Höllensteinlösung in den Augenlidbindehautsack der Neugeborenen sofort nach der Geburt. Die Hebammen sind in diesem Verfahren unterrichtet und angewiesen, es in allen verdächtigen Fällen auszuführen. Es hat sich ergeben, daß seit Einführung dieses Verfahrens die Zahl und Schwere der Augenentzündungen bei Neugeborenen, und damit auch die Zahl der Erblindungen erheblich abgenommen hat. Und es ist

Hoffnung vorhanden, daß dies noch in stärkerem Maße der Fall sein wird, wenn das Verfahren noch mehr in Fleisch und Blut der Hebammen übergegangen sein wird. Von dem Antrage Augenentzündung wird daher abzusehen sein.“

2. Anzeigepflicht für verdächtige Erkrankungen.

Die Einführung der Anzeigepflicht ist die Grundlage für eine erfolgreiche Seuchenbekämpfung. Dieser Erfolg wird aber nicht selten ausbleiben, wenn die Anzeigepflicht auf die ausgesprochenen Erkrankungen, deren Diagnose zweifellos feststeht, beschränkt bleibt. Bei zahlreichen übertragbaren Krankheiten sind anfangs die Krankheitserscheinungen so wenig ausgesprochen, daß selbst erfahrene Ärzte eine sichere Diagnose erst nach einer mehr oder weniger langen Zeit der Beobachtung zu stellen sich getrauen. Diese Zeit genügt aber häufig, um weitere Übertragungen zu ermöglichen, während es im Interesse der Seuchenbekämpfung liegt, daß die Erkrankungen so früh als nur irgend möglich zur Kenntnis der Behörden gelangen. Aus diesem Grunde schreibt § 1 R.G. vor, daß auch jeder Fall, welcher den Verdacht einer der vorher genannten Krankheiten (Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken) erweckt, anzuzeigen ist. In der Begründung dazu lautet es folgendermaßen:

„Die große Gefahr, welche die im § 1 genannten Krankheiten durch die Schnelligkeit ihrer Weiterverbreitung mit sich bringen, macht es zur Pflicht, vor allem zu verhindern, daß die ersten Fälle unbemerkt bleiben und daß die Anordnung der erforderlichen Schutzmaßregeln eine unter Umständen folgenschwere Verzögerung erleidet. Der Gesetzentwurf sieht deshalb eine Anzeigepflicht nicht nur für die sicher erkannten Erkrankungsfälle, sondern auch für alle diejenigen Fälle vor, in welchen nur der Verdacht einer derartigen Krankheit begründet ist. Diese Vorschrift ist um so notwendiger, als die meisten Laien und selbst viele Ärzte nicht Gelegenheit haben werden, Fälle von asiatischer Cholera, Fleckfieber oder Pocken, geschweige denn von Gelbfieber oder Pest zu beobachten, so daß Zweifel über die Natur der Krankheit, namentlich bei den ersten Fällen häufig zu erwarten sind.

„Es wird sich empfehlen, bei Erlaß der Ausführungsvorschriften zu dem Gesetz eine Beschreibung derjenigen Erscheinungen, welche Vorläufer oder bezeichnende Merkmale der in Rede stehenden Krankheiten sind, bekannt zu geben und durch Veröffentlichung gemeinverständlicher Belehrungen darauf hinzuwirken, daß auch die Laien in den Stand gesetzt werden, die anzeigepflichtigen Krankheitsfälle zu erkennen. Die alsbaldige Benachrichtigung der Behörde, auch bei zweifelhaften Erkrankungen, und die darauf folgende Begutachtung durch den beamteten Arzt wird die Gefahr, daß beim ersten Auftreten der Krankheit einzelne Fälle unerkannt bleiben, erheblich verringern.“

Gegen die Einführung der Anzeigepflicht für Verdachtsfälle sind mancherlei Bedenken erhoben worden, die jedoch nicht stichhaltig sind.

Die Behauptung z. B., daß die Anzeigepflicht für Verdachtsfälle mit einer zu großen Belästigung für die Bevölkerung verbunden sei, ist nicht zutreffend; denn die sanitätspolizeilichen Maßregeln werden sofort aufgehoben, sobald sich der Verdacht als unbegründet herausgestellt hat. Auch kann bei denjenigen Krankheiten, welche durch Bakterien erzeugt werden, — Aussatz, Cholera, Pest usw. — die Zeit der Ungewißheit durch eine tunlichste Beschleunigung der bakteriologischen Untersuchung außerordentlich abgekürzt, und z. B. bei Choleraverdacht die Diagnose schon in 12—18 Stunden mit Sicherheit gestellt werden. Selbst wenn aber ausnahmsweise einmal eine etwas längere Zeit darüber hingehen sollte, muß man es im Interesse der Allgemeinheit in den Kauf nehmen; denn die Belästigung des einzelnen durch eine etwas längere Unsicherheit kann gegenüber dem Nutzen, welchen die Verhütung einer Epidemie für die Gesamtheit hat, nicht ins Gewicht fallen.

Es ist weiter behauptet worden, es sei schwer zu bestimmen, wann eine Erkrankung als aussatz-, cholera-, pest- u. s. w. verdächtig anzusehen sei. Für den Arzt, der der Entwickelung der Wissenschaft mit Aufmerksamkeit folgt, trifft dies sicher nicht zu. Der Verdacht einer übertragbaren Krankheit muß bei ihm Platz greifen, wenn er Symptomen begegnet, die der betreffenden Krankheit eigentümlich sind, und dieser Verdacht muß um so stärker werden, je zahlreicher und je ausgesprochener diese Symptome werden. Daß aber auch Laien Verdachtsfälle richtig beurteilen können, sollen die vorstehend erwähnten Belehrungen ermöglichen.

Eigentümliche, zum Zerfall geneigte Knoten im Gesicht oder an der Streckseite der Gliedmaßen oder länglich-rundliche Flecken mit gefühllosen Zentren müssen den Verdacht des Aussatzes, plötzlich einsetzende, mit Erbrechen gepaarte Durchfälle, welche schnell zu Erschöpfung führen, wohl gar mit Wadenkrämpfen verbunden sind, müssen den Verdacht der Cholera, Lungenentzündung mit reichlichem Auswurf und schnellem Kräfteverfall müssen den Verdacht der Pest oder von Milzbrand erwecken.

Manche Ärzte zögern auch deshalb mit der Erstattung der Anzeige, weil sie fürchten, sie würden in den Augen ihrer Klienten herabgesetzt, wenn der beamtete Arzt vielleicht erklären müßte, es handle sich gar nicht um die angezeigte Krankheit. Demgegenüber muß folgendes betont werden: Der beamtete Arzt, welchem ausnahmsweise einmal etwas Derartiges vorkommt, muß Takt genug haben, um seine abweichende Meinung so zu äußern, daß der behandelnde Arzt darunter nicht leidet; und der behandelnde Arzt, der ausnahmsweise einen solchen Irrtum begeht, braucht sich dessen nicht zu schämen, denn irren ist menschlich, und es ist besser, eine Erkrankung als eine

übertragbare anzuzeigen, ohne daß sie eine solche ist, als einen wirklichen Fall einer übertragbaren Krankheit zu spät oder gar nicht anzuzeigen.

Bei der Ausarbeitung des preußischen Seuchengesetzes wurde auch ernstlich geprüft, bei welchen Krankheiten eine Anzeigepflicht für Verdachtsfälle eingeführt werden müsse. Man hielt dies nur bei den schwersten übertragbaren Krankheiten für erforderlich und sah als solche Kindbettfieber, Rotz, Rückfallfieber und Typhus an. Bei der Beratung im Herrenhause wurde aus dem Hause heraus (Graf Oppersdorf) beantragt, auch bei Genickstarre eine Anzeigepflicht für Verdachtsfälle einzuführen. Die Begründung zu dem Gesetzentwurf sprach sich folgendermaßen aus:

„Wie schon früher ausgeführt ist, erzeugt der Typhus bei uns fast jedes Jahr mehr oder weniger heftige Epidemien, welche der Gesundheit und dem Vermögen der Bevölkerung schwere Schädigungen zufügen. Bei der genaueren Erforschung dieser Epidemien hat sich nachweisen lassen, daß sie ihren Anfang fast stets von leichten Typhusfällen genommen haben, welche den Behörden unbekannt geblieben waren, da sie wegen ihrer Leichtigkeit nicht als Typhus erkannt bezw. überhaupt nicht angezeigt worden sind. Es gibt eine beträchtliche Anzahl von Typhusfällen, die so leicht verlaufen, daß die Kranken sich zwar matt und unpäßlich fühlen, wohl etwas über Kopfschmerz, Frösteln, Mangel an Appetit und leichten Durchfall klagen, im übrigen aber fast während der ganzen Dauer der Krankheit außer Bett bleiben und vielfach auch nicht behindert sind, ihrer gewohnten Beschäftigung nachzugehen. Diese sogenannten ‚ambulanten‘ Typhen begünstigen die Verbreitung der Seuche in viel höherem Grade, als die schweren Erkrankungen. Die Leichtkranken, sogenannte ‚Bazillenträger’, welche frei umhergehen, aber auch wie Schwerkranke, wenn auch nicht in gleichem Maße, an Durchfällen leiden, können die in den Stuhlentleerungen und dem Harn enthaltenen Typhusbazillen und damit die Gefahr der Ansteckung viel leichter verbreiten, als Kranke, welche, an das Bett gefesselt, nur mit wenigen Menschen in Berührung kommen. Einschleppungen von Typhus aus dem Auslande und von Ort zu Ort kommen meistens gerade durch solche ambulante Typhuskranke zu stande, in derselben Weise, wie es bei der Cholera der Fall zu sein pflegt.

„Aber nicht nur solche leichten Fälle entziehen sich der Kenntnis der Behörden, sondern nicht selten werden auch ausgesprochene Typhusfälle gar nicht oder erst nach mehrwöchiger Dauer zur Anzeige gebracht. Das hat vorwiegend seinen Grund darin, daß die für die Typhuserkrankung charakteristischen Erscheinungen nicht gleich im Anfange deutlich erkennbar hervortreten, daß sie allmählich und successiv sich entwickeln und einige von ihnen in manchen Fällen überhaupt nicht zur Beobachtung gelangen. Vorsichtige Ärzte pflegen eine Erkrankung erst dann als Typhus zu erklären, wenn sie alle Symptome der Krankheit beobachtet haben, bis dahin aber, zur Ver-

meidung einer Beunruhigung des Kranken durch eine vorschnelle Typhusdiagnose, von ‚gastrischem Fieber' zu sprechen oder der Krankheit gar keinen Namen zu geben. Dies wäre unbedenklich, wenn sie die Krankheit trotzdem als Typhus behandelten und von vornherein durch Absonderung des Kranken und Desinfektion seiner Wäsche und Ausleerungen einer Weiterverbreitung der Krankheit entgegentreten würden. Dies wird jedoch meistens unterlassen.

„Die vorstehenden Erwägungen enthalten eine ausreichende Rechtfertigung für die Einführung der Anzeigepflicht auch für solche Erkrankungen, welche nur den Verdacht des Typhus erwecken. Die Anzeige versetzt die Behörden in die Lage, mit Hilfe der beamteten Ärzte sofort die erforderlichen Maßregeln anzuordnen und dadurch manche Epidemie zu verhüten, welche bei der gegenwärtigen Lage der Verhältnisse unvermeidlich ist.

„Eine noch größere Bedeutung hat die Anzeigepflicht für verdächtige Fälle von Rotz, weil diese Krankheit besonders bösartig und ansteckend und ihre sichere Erkennung mit den größten Schwierigkeiten verbunden ist, so daß bei dem langwierigen Verlauf der Erkrankung schon vor ihrer sicheren Feststellung zahlreiche Übertragungen stattfinden können.

„Das Rückfallfieber ist mit Hilfe des Mikroskops leicht zu diagnostizieren, ohne dieses aber erst erkennbar, wenn der erste Anfall der Krankheit vorüber und ein zweiter erfolgt ist, was einen Zeitraum von 8 bis 14 Tagen erfordern kann. Wird nicht auch der Verdacht der Krankheit anzeigepflichtig gemacht, so entzieht sich der Fall der Kenntnis der Behörden, oder diese erfahren erst zu einem Zeitpunkte davon, nachdem schon vielleicht zahlreiche Übertragungen der Krankheit stattgefunden haben. Bei der Meldung auch des Krankheitsverdachts dagegen ist der beamtete Arzt in der Lage, durch unverzügliche Vornahme einer mikroskopischen Untersuchung des Blutes die Krankheit rechtzeitig als solche festzustellen und die erforderlichen Schutzmaßregeln in die Wege zu leiten.

„Der Umstand, daß auch das Kindbettfieber in der ersten Zeit der Erkrankung als solches häufig schwer erkennbar ist, läßt es als geboten erscheinen, auch Erkrankungen, welche den Verdacht dieser Krankheit erwecken, anzeigepflichtig zu machen, um rechtzeitig die Handhabe zu einer sicheren und wirksamen Bekämpfung dieser für die gebärenden Frauen verhängnisvollen Krankheit zu gewinnen."

Sehr bemerkenswert sind die nachstehenden Ausführungen Schmeddings hierzu:

„Überzeugt von der Richtigkeit und Wichtigkeit dieser Gründe, hat denn auch das Haus der Abgeordneten, dem Gesetzentwurfe folgend, die genannten Verdachtsfälle in die Anzeigepflicht einbeziehen wollen und den bezüglichen Bestimmungen seine Zustimmung erteilt (Stenogr. Bericht d. H. d. A. für 1905, S. 12642 ff.). Leider hat das Herrenhaus einen anderen Standpunkt eingenommen und die Anzeigepflicht bei Verdachtsfällen gänzlich gestrichen (Stenogr. Bericht d. H. H., S. 931 ff.), und zwar hauptsächlich deshalb, weil sich zu wenig

übersehen lasse, zu welcher Zeit der Verdacht erkannt werden kann; so würden deshalb voraussichtlich ängstliche Ärzte, um nicht strafbar zu werden, manche Fälle zur Anzeige bringen, von denen sich hinterher ergebe, daß sie mit den vom Gesetze betroffenen Krankheiten nichts gemein hätten. Um aber die Ärzte und das ganze Publikum vor solchen außerordentlich lästigen Verhältnissen zu schützen, sei es wünschenswert, die Verdachtsfälle im Gesetze nicht zu berücksichtigen.

„Im Hinblick auf die großen Verheerungen, die auch jetzt noch, insbesondere Typhus und Kindbettfieber alljährlich im deutschen Vaterlande anrichten — so sind z. B. im Jahre 1902 noch 28460 Typhusfälle, davon fast 3000 mit tödlichem Erfolge, vorgekommen — dürfte es nicht als eine Verbesserung des Gesetzes angesehen werden, wenn das Herrenhaus jenen Standpunkt eingenommen hat. Nachdem dies aber einmal geschehen war, handelte es sich schließlich für das Haus der Abgeordneten um die Frage, ob es das Gesetz in der Fassung des Herrenhauses annehmen oder das ganze Gesetz fallen lassen wollte. Den ersteren Weg hat das Abgeordnetenhaus vorgeschlagen und hiermit die Möglichkeit der Verabschiedung des lang ersehnten Gesetzes geboten."

Man muß Schmedding darin recht geben, daß die Wiederherstellung der Anzeigepflicht für Verdachtsfälle durch das Abgeordnetenhaus das Zustandekommen des ganzen Gesetzes gefährdet hätte. Gleichwohl kann man das Ergebnis der Verhandlungen des Landtages im Interesse der Volksgesundheit nur auf das tiefste beklagen, um so mehr, als in einer Anzahl anderer deutscher Bundesstaaten die Anzeigepflicht für Verdachtsfälle besteht, Preußen also trotz seines Gesetzes von 1905 hinter jenen in der Wirksamkeit seiner Seuchenbekämpfung zurücksteht, wie sich aus folgender Übersicht ergibt. Es sind nämlich bei folgenden Krankheiten in den nachstehend bezeichneten Bundesstaaten Verdachtsfälle anzeigepflichtig:

1. **Genickstarre** (übertragbare) in Sachsen, Mecklenburg-Schwerin, Sachsen-Meiningen, Sachsen-Altenburg und Schaumburg-Lippe;
2. **Kindbettfieber** in Braunschweig, Schwarzburg-Sondershausen und Schaumburg-Lippe;
3. **Rotz** in Braunschweig;
4. **Rückfallfieber** in Braunschweig;
5. **Typhus** in Sachsen, Braunschweig, Schwarzburg-Sondershausen, Schaumburg-Lippe und Elsaß-Lothringen.

Es ist dringend zu wünschen, daß in hoffentlich nicht allzu ferner Zeit in allen deutschen Bundesstaaten, zumal in Preußen, die Anzeigepflicht für Verdachtsfälle der vorstehenden fünf übertragbaren Krankheiten zur Einführung gelangen möge. Nicht eher wird ihre erfolgreiche Bekämpfung möglich sein.

3. Anzeigepflicht beim Wechsel des Aufenthaltsortes.

§ 1 Abs. 2 R.G. Wechselt der Erkrankte den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsortes zur Anzeige zu bringen.

§ 1 Abs. 2 P.G. Wechselt der Erkrankte die Wohnung oder den Aufenthaltsort, so ist dies innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis bei der Polizeibehörde, bei einem Wechsel des Aufenthaltsortes auch bei dejenigen des neuen Aufenthaltsotes, zur Anzeige zu bringen.

§ 1 Abs. 2, 3 Br. G. Wechselt der Erkrankte die Wohnung oder den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Ortspolizeibehörde zur Anzeige zu bringen.

Anzeigepflichtig in Gemäßheit der Bestimmung des Abs. 1 ist auch die Erkrankung an Lungen- und Kehlkopftuberkulose dann, wenn ein an vorgeschrittener Tuberkulose dieser Art Erkrankter die Wohnung wechselt.

Die Schutzmaßregeln, welche nach der Anmeldung eines Krankheitsfalles angeordnet werden, erstrecken sich nicht nur auf die Person, sondern auch auf die Umgebung, die Wohnung usw. des Kranken. Sobald der Kranke seinen Aufenthaltsort verläßt, um nach einem anderen zu reisen, wie es z. B. bei anscheinend leichten Erkrankungen solcher Personen, die sich zeitweilig außerhalb ihrer Familie aufhalten (Zöglingen von Pensions- oder Lehranstalten, Dienstboten, Geschäftsreisenden u. dgl.) vorkommt, muß nicht nur in dem bisherigen Aufenthaltsort die Desinfektion angeordnet, es müssen auch in dem neuen Aufenthaltsort in Bezug auf seine Person und seine Umgebung neue Vorsichtsmaßregeln getroffen werden. Deswegen schreibt § 1 Abs. 2 R.G, vor, daß von einem Aufenthaltswechsel des Erkrankten sowohl die Polizeibehörde des bisherigen als auch diejenige des neuen Aufenthaltsortes Anzeige erhalten muß. Ein Wechsel des Aufenthaltes innerhalb der Ortschaft selbst, z. B. der freiwillige Übergang des Kranken in ein Krankenhaus, ist nach dem Wortlaut des § 1 R.G. nicht anzeigepflichtig, auch wird er in der Begründung nicht erwähnt. Dies ist eine Lücke, welche z. B. im preußischen Regulativ von 1835 nicht bestand; dort heißt es nämlich in § 16 Abs. 3: „Der Transport von ansteckenden Kranken nach anderen Privatwohnungen darf nur mit Bewilligung der Polizeibehörde geschehen.“

Das preußische Gesetz von 1905 weicht von dem Standpunkt des Regulativs insofern ab, als es die Überführung des Kranken nicht von einer polizeilichen Erlaubnis abhängig macht, aber es nähert sich jenem Standpunkte doch, indem es in § 1 Abs. 2 eine Anzeigepflicht auch

für den Fall des Wohnungswechsels einführt. Dieselbe Vorschrift enthält § 1 Abs. 2 des braunschweigischen Gesetzes vom 26. Juni 1904.

Eine Anzeigepflicht bei Erkrankungen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose im Falle des Wohnungswechsels besteht in Sachsen, Baden und Braunschweig.

Ohne die Anzeigepflicht beim Wohnungswechsel ist nach dem übereinstimmenden Urteil aller Tuberkuloseforscher eine wirksame Bekämpfung der Tuberkulose, namentlich der Lungen- und Kehlkopftuberkulose, nicht möglich. Viele Kranke mit Lungentuberkulose, und zwar nicht nur in den ungebildeten Kreisen, haben die leidige Gewohnheit, auf den Fußboden und selbst gegen die Wand zu spucken. Die in dem Auswurf reichlich enthaltenen Tuberkelbazillen bleiben bei oberflächlicher Reinigung von Fußboden und Wand teilweise dort haften, trocknen an und gehen in den Staub der Wohnung über. Da sie in verstäubtem Zustande Monate und selbst Jahre lang lebensfähig bleiben, so kann die Einatmung eines derartigen Staubes bei Personen, die eine solche infizierte Wohnung beziehen, Tuberkulose erzeugen. Würde man in Großstädten und Industriebezirken diesen Dingen genauer nachforschen, so würde man sicher viel öfter, als man jetzt ahnt, die Wohnung als Quelle der Tuberkulose auffinden.

4. Besondere Anzeigepflicht für Todesfälle.

A. A. zu § 1 Abs. 1 P. G. Der Todesfall ist auch dann anzuzeigen, wenn die Erkrankung des Verstorbenen bereits angezeigt war.

Das Reichsseuchengesetz hat nicht nur für Erkrankungen, sondern auch für Todesfälle die Anzeigepflicht eingeführt. Dies wird in der Regel so aufgefaßt, daß in jedem Falle nur eine Anzeige zu erstatten ist, d. h. daß in den Fällen, in denen die Erkrankung angezeigt wird, diese Anzeige genügt, und daß die Anzeige des Todesfalles nur bei solchen Fällen erforderlich ist, welche während der Erkrankung nicht zur Anzeige gelangt sind. Allein diese Ansicht ist unzutreffend, wie aus der nachstehenden Begründung deutlich hervorgeht:

„Da die Diagnose eines Krankheitsfalles oft erst durch den tödlichen Ausgang bestätigt wird, ist es ferner erforderlich, daß nicht nur von jeder Erkrankung, sondern auch von jedem Todesfall Anzeige erstattet werde. Die Todesanzeige bietet zugleich einen Ersatz für die etwa unterbliebene Erkrankungsanzeige. Dies ist um so wichtiger, als nach den bisherigen Erfahrungen Erkrankungsanzeigen, sei es aus Unachtsamkeit, sei es wegen Unkenntnis der Natur der Krankheit, voraussichtlich vielfach unterbleiben werden. Endlich ist es für die wissenschaftliche Beurteilung und praktische Behandlung von Wichtigkeit, das Verhältnis der Sterbefälle zu der Zahl der Erkrankungen kennen zu lernen.“

Übersicht über die Regelung der Anzeigepflicht bei übertragbaren

Krankheit	Preußen	Bayern	Sachsen	Württemberg	Baden	Hessen	Mecklenburg-Schwerin	Mecklenburg-Strelitz	Oldenburg	Sachsen-Weimar	Braunschweig
Datum des Gesetzes bezw. der Verordnung:	28. 8. 1905		12. 12. 1900					27. 4. 1905	12. 12. 1904	16. 10. 1899	26. 6. 1904
Aussatz	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+
Beri-Beri	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bißverletzungen	a	—	—	—	—	—	—	—	—	—	a
Blennorrhöe der Neugeborenen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholera	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+
Diphtherie	a	b	a	b	a	a	a	a	a	a	a
Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung	a	—	—	—	—	—	—	—	—	—	a
Genickstarre, übertragbare	a	a	a+	—	—	b	a+	a	a	b	a
Fleckfieber	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+
Influenza	—	b	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gelbfieber	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+
Keuchhusten	—	b	b	—	b	b	—	b	—	—	—
Kindbettfieber	a	a	—	—	a	a	a	a	a	b	a+
Körnerkrankheit	a	b	—	—	—	b	a	a	a	b	a
Kopfgrind	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Krätze	—	—	—	—	—	—	—	—	—	b	—
Lungenentzündung, brandige	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lungentuberkulose	b	—	b	—	b	—	—	—	—	—	b
Malaria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Masern	—	b	—	b	b	b	—	b	—	b	—
Milzbrand	a	a	—	—	—	b	a	a	a	b	a
Mumps	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Röteln	—	—	—	—	—	—	—	b	—	b	—
Rose	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	a
Rotz	a	a	—	—	—	b	a	a	a	b	a+
Rückfallfieber	a	a	—	—	—	a	a	a	a	b	a+
Ruhr, übertragbare	a	b	—	b	b	b	a	a	a	b	a
Schälblase der Neugeborenen	—	—	b	—	—	—	—	—	—	—	—
Schanker	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Scharlach	a	b	a	b	a	a	a	a	a	b	a
Skorbut	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Syphilis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tollwut	a	a	—	a	—	b	a	—	a	b	a
Trichinose	a	a	—	—	—	—	—	—	a	b	a
Tripper	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Typhus	a	a	a+	b	a	a	a	a	a	a	a+
Pest	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+
Pocken	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+

Anmerkung: Zeichen a bedeutet, daß die Anzeigepflicht für alle Krankheiten der genannten Art besteht. Zeichen b bedeutet, daß die Anzeigepflicht

Krankheiten in den einzelnen deutschen Bundesstaaten.

Sachsen-Meiningen	Sachsen-Altenburg	Sachsen-Coburg-Gotha	Anhalt	Schwarzburg-Rudolstadt	Schwarzburg-Sondershausen	Waldeck	Reuß ä. L.	Reuß j. L.	Schaumburg-Lippe	Lippe	Bremen	Hamburg	Lübeck	Elsaß-Lothringen
	20. 8. 1899	9. 2. 1882	15. 10. 1882	6. 6. 1870	23. 9. 1899	28. 8. 1897		21. 2. 1894	19. 12. 1900	5. 7. 1888	27. 11. 1902	21. 12. 1894		19. 10. 1902
a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	a	—	—	—
—	—	—	—	—	—	a	—	—	a	—	a	a	—	—
—	—	—	a	—	—	—	—	—	—	a	a	—	—	—
a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+
a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a+	a+	—	—	a	—	b	—	a	a+	a	a	a	a	a
a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+
—	—	—	—	b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+
—	—	—	—	b	—	b	—	a	—	b	—	—	—	—
a	a	a	a	a	a+	a	a	a	a+	a	a	a	a	a
—	a	—	—	b	—	—	—	a	—	b	a	a	a	b
b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b	—	—	—	b	—	—	—	—	—	b	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	a	—	—	—	—	—	—
b	b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	a	—
b	—	b	—	b	a	b	a	a	—	b	—	—	a	—
a	a	—	a	a	—	a	—	a	a	a	a	a	a	—
—	—	—	—	—	b	—	—	—	—	b	—	—	—	—
b	—	—	—	b	—	b	—	—	—	b	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a	a	—	a	a	—	a	—	a	a	a	a	a	a	—
—	a	a	b	a	—	—	—	a	a	a	a	a	a	a
a	a	a	b	a	a	a	—	a	a	a	a	a	a	a
a	—	—	—	—	—	—	—	—	—	a	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b	a	b	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	a	a
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	a	—	—	—
b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a	a	—	a	a	—	a	—	a	a	a	a	a	a	—
—	a	—	a	—	—	b	—	—	—	—	a	a	a	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a	a	a	a	a	a+	a	a	a	a+	a	a	a	a	a+
a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+
a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+	a+

nur unter gewissen Umständen zu erfüllen ist oder angeordnet werden kann.
+ Anzeigepflichtig ist auch der Verdacht.

Hierbei ist eines häufigen Vorkommnisses zu gedenken, das häufig zu beobachten und die Statistik ganz falsch zu gestalten geeignet ist. Gelangt nämlich eine Erkrankung erst bei ihrem tödlichen Ausgang zur Anzeige, so wird sie in den Listen der Kreisärzte häufig nur als Todesfall und nicht auch als Erkrankung geführt. Dies ist nicht richtig, weil dadurch das Verhältnis der Todesfälle zu denjenigen der Erkrankungen ungünstiger erscheint, als es tatsächlich ist. Eine erst im Fall des Todes gemeldete Erkrankung muß sowohl als Erkrankung wie als Todesfall gezählt werden.

Da beim Todesfall besondere Maßnahmen bezüglich der Desinfektion der Wohnung und der Effekten sowie bezüglich der Behandlung der Leiche zu treffen sind, ist es für die Polizeibehörde von der größten Wichtigkeit, den Todesfall auch dann ausdrücklich angezeigt zu erhalten, wenn die Erkrankung angezeigt war. Es können sonst unheilvolle Unterlassungen von Schutzmaßregeln entstehen. Diese doppelte Anzeigepflicht mag vielen lästig erscheinen, aber ihre Erfüllung ist von der größten Wichtigkeit für die Allgemeinheit.

In hohem Grade erwünscht wäre es, wenn auch eine Anzeigepflicht für den Zeitpunkt der Genesung der Erkrankten bestände, weil dann die Polizeibehörde sicher wüßte, wann die Schlußdesinfektion anzuordnen ist. Man hat jedoch von der Einführung dieser Anzeigepflicht Abstand genommen, weil es zuweilen schwierig ist, den Zeitpunkt der Genesung genau zu bestimmen. Je mehr sich die Vornahme von bakteriologischen Untersuchungen auch im Verlauf der einzelnen Krankheitsfälle einbürgert, um so sicherer wird man in der Bestimmung des Eintritts der Genesung werden. Bei Aussatz, Cholera, Diphtherie, Genickstarre, Malaria, Milzbrand, Pest, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Tuberkulose und Typhus. also bei allen Krankheiten, deren Erreger bekannt sind, wird heutzutage kein gewissenhafter Arzt mehr den Kranken für genesen erklären, so lange sich in seinen Absonderungen noch Krankheitserreger nachweisen lassen. Dies unter Polizeiaufsicht zu stellen, erschien jedoch nicht empfehlenswert, die Einführung einer Anzeigepflicht für die Genesung daher nicht angezeigt.

Bei Lungen- und Kehlkopfstuberkulose besteht in Preußen nur die Anzeigepflicht für die Todesfälle. Um dem etwaigen Irrtum zu begegnen, als bestände die Anzeigepflicht nur in denjenigen Fällen zu Recht, in denen sowohl die Lunge als auch der Kehlkopf tuberkulös erkrankt ist, ist in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 1 P. G. ausdrücklich bemerkt:

„Die Anzeigepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose erstreckt sich sowohl auf Todesfälle an Lungen-, als auch auf solche an Kehlkopftuberkulose.“

(Siehe Tabelle auf Seite 36 und 37.)

II. Anzeigepflichtige Personen.

1. Reihenfolge der Anzeigepflichtigen.

§ 2 R.G., P.G. u. B.G. Zur Anzeige sind verpflichtet: 1) der zugezogene Arzt, 2) der Haushaltungsvorstand, 3) jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person, 4) derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat, 5) der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter Nr. 2—5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

A. A. zu § 2 P.G. Unter den mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigten Personen (Abs. 1 Nr. 3) sind nur solche Personen zu verstehen, welche die Behandlung oder Pflege Erkrankter berufsmäßig ausüben.

Bezüglich der Personen, welchen die Anzeigepflicht obliegt, ist in der neueren Gesetzgebung ein Wandel eingetreten.

In § 9 des Regulativs von 1835 ist die Anzeigepflicht den Familienhäuptern, Haus- und Gastwirten, Medizinalpersonen und Geistlichen auferlegt; in dem Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 dagegen ist die Anzeigepflicht in erster Linie dem zugezogenen Arzt, dann dem Haushaltungsvorstande, drittens jeder sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigten Person, viertens demjenigen, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat, endlich dem Leichenschauer auferlegt, während von einer Anzeigepflicht der Geistlichen abgesehen worden ist. Auch ist bestimmt, daß die Verpflichtung einer der vier zuletzt genannten Personen nur dann eintritt, wenn nicht einer der früher genannten Verpflichteten vorhanden ist.

1. Während früher in erster Linie das Familienhaupt zur Anzeige der Krankheit verpflichtet war, ist es jetzt der **zugezogene Arzt,** eine Änderung, durch welche für die Durchführung der Anzeigepflicht eine größere Sicherheit geschaffen worden ist. Denn die Haushaltungsvorstände sind teils geneigt, aus Furcht vor den Belästigungen und Kosten, welche ihnen durch die Durchführung der Schutzmaßregeln erwachsen, Fälle von übertragbaren Krankheiten zu verschweigen, teils besitzen sie nicht die Kenntnisse und Erfahrungen, um sicher beurteilen zu können, ob ein Fall einer übertragbaren Krankheit vorliegt oder nicht. Der zugezogene Arzt dagegen ist persönlich unbeteiligt, durch seine Erfahrung befähigt, die Krankheit sicher zu erkennen, und

durch seinen Doktoreid und sein Pflichtgefühl gehalten, die gesetzlichen Bestimmungen über die Anzeigepflicht gewissenhaft zu beobachten.

Was ist nun unter dem zugezogenen Arzt zu verstehen? In den Seuchengesetzen ist sonst überall von dem behandelnden Arzt die Rede. Wenn hier ein anderer Ausdruck gewählt ist, so hat dies darin seinen Grund, daß viele Personen, namentlich auf dem Lande, einen Arzt selbst bei ernsten Erkrankungen nur ein einziges Mal zuziehen, so daß dieser, selbst wenn er die Diagnose gestellt und den Heilplan angegeben hat, Bedenken tragen muß, sich als behandelnden Arzt anzusehen. Wenn ein Arzt, der zu dem Kranken nur ein einziges Mal zugezogen wird, auch Bedenken trägt, die polizeiliche Anzeige des Falles zu erstatten, weil er vielleicht über die Diagnose noch Zweifel hegt, so ist das verständlich. Allein für die Polizei ist er auch in diesem Falle die zur Beurteilung des Falles berufenste Person, und deswegen legt das Gesetz die Anzeigepflicht nicht dem „behandelnden", sondern dem „zugezogenen" Arzte auf.

Für die Ärzte ergibt sich aus dieser Bestimmung die Verpflichtung, sich jedesmal, wenn sie bei einem Kranken eine übertragbare Krankheit vermuten oder feststellen, Gewißheit darüber zu verschaffen, ob sie der erste Arzt sind, der den Kranken sieht, und ob der Fall bereits polizeilich angezeigt ist.

Für gewöhnlich versteht man unter einem zugezogenen Arzt einen solchen, der von dem behandelnden Arzt wegen seiner wissenschaftlichen Bedeutung zu einer Konsultation am Krankenbett hinzugezogen wird. In diesem Sinne ist hier das Wort „zugezogen" nicht zu verstehen. Einem Konsiliarius liegt nach dem Gesetz eine Anzeigepflicht nicht ob, er kann sie getrost dem behandelnden Arzt überlassen.

2. In Fällen, zu denen ein Arzt nicht zugezogen ist, ist die Anzeigepflicht dem **Haushaltungsvorstande,** als dem zunächst Beteiligten, auferlegt worden. Unter Haushaltungsvorstand ist in Familien der Ehemann oder, falls er verreist, selbst erkrankt oder verstorben ist, die Hausfrau oder, falls auch sie nicht zur Stelle, erkrankt oder verstorben, und ein Stellvertreter nicht vorhanden ist, das älteste geschäftsfähige Kind zu verstehen. Bilden mehrere Geschwister oder Freunde einen gemeinsamen Haushalt, so wird einer von ihnen als Haushaltungsvorstand anzusehen sein. Alleinstehende Personen, welche einen selbständigen Haushalt führen, sind selbst als Haushaltungsvorstand zu betrachten.

3. Ist ein Haushaltungsvorstand nicht vorhanden oder an der Erfüllung der Anzeigepflicht, z. B. durch eigene Erkrankung, verhindert, fehlt es auch an einem geschäftsfähigen Stellvertreter, so

liegt die Erfüllung der Anzeigepflicht jeder **mit der Behandlung oder Pflege** des Erkrankten **beschäftigten Person** ob. Hat z. B. eine allein wohnende Person bei ihrer Erkrankung nicht einen Arzt, sondern einen Kurpfuscher zugezogen, so hat dieser die Anzeige zu erstatten. Hat sie niemand zur Behandlung, wohl aber eine Person zur Wartung und Pflege angenommen, so liegt dieser die Erstattung der Anzeige ob.

Man hat an mancher Stelle bemängelt, daß die Kurpfuscher nicht neben den Ärzten an erster Stelle genannt worden sind, und befürchtet, daß diese Bestimmung manche Familie dazu verleiten könnte, aus Furcht vor der Anzeige statt eines Arztes einen Kurpfuscher zuzuziehen, weil die Kurpfuscher sich vielfach durch Unterlassung der Anzeige bei der Bevölkerung beliebt zu machen suchen. Wenn dieser Befürchtung auch eine gewisse Berechtigung nicht abzusprechen ist, so konnten die Anzeigepflichtigen doch nicht gut in eine andere Reihenfolge gebracht werden, da die Kurpfuscher nicht mit den Ärzten auf dieselbe Stufe gestellt werden durften. Da die Kurpfuscher übrigens erfahrungsgemäß sich vor Gericht hinter ihrer angeblichen Unkenntnis zu verstecken pflegen, während sie sich der Bevölkerung gegenüber als den Ärzten an Erfahrung überlegen hinzustellen belieben, so erschien es zweckmäßiger, die Haushaltungsvorstände, welche gewissenlos genug sind, ihren erkrankten Angehörigen ärztliche Hilfe vorzuenthalten, in erster Linie für die Erstattung der Anzeige verantwortlich zu machen.

Der oben abgedruckte Satz aus den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 2 des preußischen Gesetzes hat den Zweck, Personen, welche einem Kranken gelegentlich eines verwandtschaftlichen oder freundschaftlichen Besuches einen Rat erteilen oder eine Handreichung tun, davor zu bewahren, für die etwaige Unterlassung der Anzeige der Erkrankung zur Rechenschaft gezogen zu werden. Dagegen soll damit nicht gesagt werden, daß nur solche Personen anzeigepflichtig seien, die aus der Behandlung oder Pflege ein Gewerbe machen, da gerade z. B. Diakonissen, Gemeindeschwestern o. dgl., welche die Pflege von Kranken auch berufsmäßig, aber nicht gegen Entgelt ausüben, besonders berufen erscheinen, die Behörden bei der Durchführung der Seuchengesetze zu unterstützen.

4. Daß demjenigen, in dessen **Wohnung** oder **Behausung** der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat, eine Anzeigepflicht auferlegt wird, ist nicht neu; schon das preußische Regulativ von 1835 legt den Hauswirten an zweiter Stelle die Anzeigepflicht auf, während sie im Reichsgesetz erst an vierter Stelle stehen. Sie können in der Liste der zur Anzeige verpflichteten Personen nicht fehlen; wer sollte z. B. in einer Familie,

in der der Hausvater verstorben, die Mutter erkrankt, und nur noch unmündige Kinder, dagegen weder Dienstboten noch Pfleger vorhanden sind, durch Erstattung der Anzeige bei der Polizei die Durchführung der erforderlichen Schutzmaßregeln ermöglichen, wenn hierzu nicht der Hauswirt oder Wohnungsinhaber herangezogen werden dürfte. Kommt es doch in großen Städten vor, daß man von der Erkrankung einzeln lebender Personen erst erfährt, wenn sie tagelang nicht zum Vorschein gekommen und vielleicht schon verstorben sind. Zur Verhütung derartiger Vorfälle bietet das Seuchengesetz eine Handhabe. In Herbergen, Gastwirtschaften, Chambregarnies, Hotels u. s. w. liegt diese Anzeigepflicht dem Besitzer dieses Etablissements ob.

5. Die Anzeigepflicht des **Leichenschauers** ist eingeführt worden auf Grund der Erfahrungen, welche man gelegentlich von Pest- und Choleraepidemien gemacht hat, in denen ganze Familien ausstarben, und schließlich niemand die Anzeige erstatten konnte, als der Leichenschauer. Ist der Leichenschauer ein Arzt, so wird ihn zuweilen das Aussehen, die Lage u. s. w. der Leiche in Verbindung mit der Befragung der Angehörigen zur Stellung einer Diagnose oder zur Äußerung eines Verdachtes in die Lage setzen. Ist der Leichenschauer ein Laie, so wird man von ihm erwarten dürfen, daß er in Zweifelsfällen die Hinzuziehung eines Arztes zur Besichtigung der Leiche veranlaßt. Die Bestimmung hat die obligatorische Leichenschau zur Voraussetzung, welche z. B. in dem größten Teile von Preußen nicht besteht, während sie z. B. in Sachsen durch Leichenfrauen ausgeübt wird.

2. Anzeigepflichtige Personen in Anstalten sowie auf Schiffen und Flößen.

§ 3 R.G. Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

Auf Schiffen oder Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter. Der Bundesrat ist ermächtigt, Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

§ 3 P.G. (Abs. 1 und 2 lauten wie Abs. 1 u. Abs. 2 Satz 1 R.G. Sodann:)

Der Minister der Medizinalangelegenheiten ist ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Minister für Handel und Gewerbe

Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

A. A. zu § 3 P.G. Bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Seeschiffen vorkommen, ist die Anzeige an die Polizeibehörde des ersten preußischen Hafenplatzes, welchen das Schiff nach Eintritt der anzeigepflichtigen Tatsache anläuft, zu erstatten.

Für Binnenschiffe und Flöße ist die Anzeige an die Polizeibehörde der nächstgelegenen Anlegestelle zu richten. Sind jedoch an der betreffenden Wasserstraße Überwachungsstellen zur gesundheitlichen Überwachung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs eingerichtet, so ist die Anzeige an die nächstgelegene Überwachungsstelle zu richten.

§ 3 Br. G. (Abs. 1 u. Abs. 2 Satz 1 lauten wie im R.G. Sodann:) Die Bestimmungen darüber, an wen bei Krankheits- oder Todesfällen auf Schiffen oder Flößen die Anzeige zu erstatten ist, werden im Verwaltungswege getroffen.

Die Frage, wer in öffentlichen Anstalten beim Auftreten von übertragbaren Krankheiten die Anzeige an die Polizeibehörde zu erstatten hat, hängt von der Organisation der Anstalt ab. Hier konnte sie mit Rücksicht auf die Hausordnung nicht in erster Linie dem Arzte auferlegt werden, sondern derjenigen Person, welche als Haushaltungsvorstand anzusehen ist, also dem Vorsteher der Anstalt.

Dies ist in Kranken- und Entbindungsanstalten, Lungenheilstätten u. dgl. der ärztliche oder der Verwaltungsdirektor, falls ein solcher vorhanden, in Pflegeanstalten, Asylen u. dgl. der Hausvater, in Gefangenenanstalten, Pensionaten, Alumnaten, Konvikten u. dgl. der Direktor.

Steht an der Spitze einer Kranken- oder Pensions- usw. Anstalt nicht eine Person, sondern ein Kuratorium oder eine Mehrheit von Personen, so hat dieses — die zuständige Stelle — ein für allemal eine bestimmte Person mit der Erstattung der Anzeige zu beauftragen, damit die Polizeibehörde weiß, an wen sie sich bei Unterlassung einer Anzeige zu halten hat.

Auch auf Schiffen und Flößen liegt die Anzeige dem als Haushaltungsvorstand anzusehenden Schiffs- und Floßführer oder deren Stellvertreter ob; also auf einem Seeschiff nicht etwa dem Schiffsarzt, sondern dem Kapitän; auch ist der Schiffsführer der Anzeigepflichtige auch bei einer Erkrankung in einer Familie, die zu den Schiffspassagieren gehört.

Die Stelle, an welche die Anzeige zu erstatten ist, ist für Seeschiffe anders geregelt worden als für Binnenfahrzeuge. Für erstere ist es die Polizeibehörde des ersten deutschen Hafenplatzes, welchen das Schiff nach Eintritt der anzeigepflichtigen Tatsache anläuft, für Binnenschiffe und Flöße die Polizeibehörde der nächstgelegenen Anlegestelle, es sei denn, daß an der betreffenden Wasserstraße Überwachungsstationen zur gesundheitlichen Überwachung des Schiffahrts-

und Flößereiverkehrs eingerichtet sind, wie es in den Jahren 1892 bis 1894 und 1905 in den von der Cholera heimgesuchten Stromgebieten der Fall war; in diesem Falle ist die Anzeige an die Polizeibehörde der nächstgelegenen Überwachungsstelle zu richten.

III. Form der Anzeige.

§ 4 R.G. **Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.**

§ 4 P.G. **Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Mit Aufgabe zur Post gilt die schriftliche Anzeige als erstattet. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.**

§ 4 Br. G. **Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Orts- und Landespolizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.**

1. Mündliche Anzeige.

Die Anzeige kann mündlich erstattet werden, damit die anzeigepflichtigen Personen möglichst wenig Mühe davon haben. Die mündliche Anzeige kann auch durch eine dritte nicht anzeigepflichtige Person geschehen (Begründung zu § 4 R.G.). Sie muß von der Polizeibehörde zu Protokoll genommen werden.

Gegen die mündliche Anzeige lassen sich manche Bedenken erheben. In einer Familie, in welcher eine übertragbare Krankheit ausgebrochen ist, wird nicht immer eine zuverlässige Person abkömmlich sein, um die Anzeige zu erstatten, auch kann eine solche, da sie als ansteckungsverdächtig anzusehen ist, unter Umständen das im Polizeibureau verkehrende Publikum gefährden; endlich kann zu Zeiten größerer Epidemien in dem Polizeibureau ein solcher Andrang stattfinden, daß die mündliche Anzeige mit erheblichem Zeitverlust für die anzeigepflichtigen Personen verknüpft ist. Auch wird eine dritte, nicht anzeigepflichtige Person mit den Verhältnissen des Erkrankten in der Regel nicht ausreichend vertraut sein, um eine erschöpfende Anzeige erstatten zu können. Die schriftliche Anzeige ist daher der mündlichen im allgemeinen vorzuziehen.

2. Schriftliche Anzeige.

A. A. zu § 4 P.G. Zur Erleichterung der Anzeigeerstattung empfiehlt sich die Benutzung von Kartenbriefen, welche auf der Innenseite den aus der An-

lage 1 ersichtlichen Vordruck aufweisen. Es ist Sorge dafür zu tragen, daß aus ihrer Benutzung den Anzeigepflichtigen Kosten nicht erwachsen.

Im Interesse der Kostenersparnis haben die Regierungspräsidenten den Bedarf an diesen Kartenbriefen für ihren Bezirk einheitlich herstellen zu lassen und an die Ortspolizeibehörden gegen Erstattung der Selbstkosten abzugeben. Die Kosten fallen als ortspolizeiliche demjenigen zur Last, welcher nach dem bestehenden Recht die Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung zu tragen hat.

Die Kartenbriefe sind seitens der Polizeibehörde im voraus mit dem Abdruck des Dienstsiegels oder Dienststempels sowie tunlichst mit der Adresse des Empfängers zu versehen und an die zur Anzeige verpflichteten Personen unentgeltlich zu verabfolgen. Geschieht die Verabfolgung an Ärzte oder ärztliches Hilfspersonal oder zum Zweck der Beförderung im Fernverkehr, so sind Kartenbriefe zu benutzen, welche außerdem seitens einer zuständigen Behörde mit dem Aversionierungsvermerk versehen sind (vergl. auch Min.-Erlaß vom 2. Febr. 1906, Min.-Bl. f. Med.-Ang., S. 82).

Die Kartenbriefe werden nach der Ausfüllung im Fernverkehr unfrankiert befördert. Die Ärzte und das ärztliche Hilfspersonal sind berechtigt, die mit dem Aversionierungsvermerke versehenen Kartenbriefe im Ortsverkehr durch die Post befördern zu lassen.

Die schriftliche Anzeige kann der Polizeibehörde entweder unmittelbar übergeben oder durch die Post zugesendet werden. Letzteres hat sich als das Bequemere herausgestellt, einmal weil damit der geringste Zeitverlust für die meldepflichtige Person und die Polizeibehörde verbunden ist, und dann, weil es die Verwendung einer einheitlichen Form ermöglicht, deren weitere Verarbeitung für die Polizeibehörde bequem ist. Grundsätzlich sollen den Meldepflichtigen Kosten aus der Anzeige nicht erwachsen. Daher sollen die Polizeibehörden auf Verlangen Meldeformulare für schriftliche Anzeigen unentgeltlich verabfolgen, welche entweder frankiert oder mit dem Aversionierungsvermerk und einem Dienststempel versehen sind, damit dem Meldepflichtigen auch keine Portoauslagen erwachsen.

Hat die Polizeibehörde nicht selbst die Berechtigung zur Führung des Aversionierungsstempels, so hat sie die Stempelung der Kartenbriefe bei einer zur Führung dieses Stempels berechtigten Behörde — Landrat, Regierungspräsident — zu beantragen. Kartenbriefe, welche den Aversionierungsvermerk tragen, dürfen im Ortsverkehr nur von Ärzten und ärztlichem Hilfspersonal (Hebammen, Gesundheitsaufseher) versandt werden; die Kartenbriefe dagegen, welche an andere Personen zur Benutzung im Ortsverkehr verabfolgt werden, müssen von der Polizeibehörde frankiert werden. Personen, welche nicht Ärzte sind bezw. nicht zum ärztlichen Hilfspersonal gehören, dürfen mit dem Aversionierungsvermerk versehene Kartenbriefe nur im Fernverkehr benutzen.

Es empfiehlt sich, daß die Ortspolizeibehörden die Kartenbriefe, welche sie verabfolgen, vor ihrer Verausgabung mit ihrer eigenen Adresse bedrucken oder beschreiben lassen. In größeren Ortschaften, welche dicht aneinander stoßen, z. B. in den Städten des Landespolizeibezirks Berlin, haben die einzelnen Revierpolizeibureaus den Anzeige-

pflichtigen Kartenbriefe mit der Adresse der für ihren Bezirk zuständigen Meldestelle zu verabfolgen. Ärzte, welche im Bezirke mehrerer Ortspolizeibehörden die ärztliche Praxis ausüben, tun gut, sich von jeder derselben mit Kartenbriefen versehen zu lassen, um die Anzeige in jedem Falle an die zuständige Ortspolizeibehörde erstatten zu können. Auch werden sie vor Erstattung der Anzeige feststellen müssen, zu welchem Polizeirevier der Erkrankte gehört.

In den bisher erschienenen Anweisungen des Bundesrates für die Bekämpfung der einzelnen Krankheiten ist kein einheitliches Anzeigeformular für alle Krankheiten festgesetzt. In der Anweisung für die Pest vom 3. Juli 1902 sind Postkarten (Anlage 4) erwähnt, in den Anweisungen für die Cholera, das Fleckfieber und die Pocken vom 28. Jan. 1904 dagegen Kartenbriefe, während in der Anweisung für den Aussatz über das Anzeigeformular nichts enthalten ist. Außerdem ist für jede der genannten fünf Krankheiten eine besondere Überschrift auf dem Formular vorgesehen.

Einfacher ist die Herstellung eines einheitlichen, für sämtliche Krankheiten verwendbaren Formulars, an dessen Kopf die Namen aller anzeigepflichtigen Krankheiten vorgedruckt sind mit dem Vermerke, das Zutreffende zu unterstreichen. Die Kartenbriefe sind den offenen Karten vorzuziehen, weil sie den Inhalt der Anzeige der Kenntnis unbeteiligter Personen entziehen und also das Zartgefühl der Beteiligten schonen.

Die auf der Zählkarte für einen Pestfall bezw. in den Kartenbriefen für die Anzeige eines Cholera-, Fleckfieber- oder Pockenfalles aufgeführten Fragen sind gleichlautend und beziehen sich auf den Ort der Erkrankung, die Wohnung (Straße, Hausnummer, Stockwerk), den Familiennamen, das Geschlecht, Alter, den Stand oder das Gewerbe, die Stelle der Beschäftigung des Erkrankten, den Tag der Erkrankung, den Tag des Todes; außerdem ist eine Rubrik Bemerkungen (insbesondere auch ob, wann und woher zugereist) vorhanden. Wünschenswert wäre eine Vervollständigung nach der Richtung hin, daß wenigstens in großen Städten die Wohnungsangabe genauer wäre (Vorder- oder Hinterhaus, Seitenflügel), daß der Vorname hinzugefügt, bei Kindern der Stand oder das Gewerbe des Vaters und bei schulpflichtigen Kindern die Schule, die sie besuchen, angegeben, endlich der Name und die Wohnung des behandelnden Arztes vermerkt würde.

Die Kosten der Meldeformulare und des Portos fallen als ortspolizeiliche den Ortspolizeibehörden zur Last.

Der Wortlaut des § 4 P.G. unterscheidet sich von demjenigen des § 4 R.G. durch den Zusatz: „Mit Aufgabe zur Post gilt die schriftliche Anzeige als erstattet." Dieser Zusatz enthält jedoch nichts Neues, sondern bringt nur etwas Selbstverständliches zum Ausdruck. Er bezweckt nur die Festlegung der Tatsache, daß die schriftliche Anzeige

noch rechtzeitig erstattet ist, wenn sie innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis auf die Post gegeben, d. h. in den Briefkasten geworfen worden ist.

IV. Weitergehende Anzeigepflicht.

§ 5 R.G. **Landesrechtliche Bestimmungen, welche eine weitergehende Anzeigepflicht begründen, werden durch dieses Gesetz nicht berührt.**

Durch Beschluß des Bundesrats können die Vorschriften über die Anzeigepflicht (§§ 1 bis 4) auf andere als die im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten ausgedehnt werden.

§ 5 P.G. **Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in den §§ 1 bis 4 des gegenwärtigen Gesetzes enthaltenen Bestimmungen über die Anzeigepflicht für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere übertragbare Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.**

A. A. zu § 5, 7 u. 11 P.G. Die Regierungspräsidenten haben Vorsorge zu treffen, daß sie von dem epidemischen Ausbruch einer der in dem § 1 nicht aufgeführten übertragbaren Krankheiten tunlichst bald Kenntnis erhalten. Nach erlangter Kenntnis haben sie unverzüglich an den Minister der Medizinalangelegenheiten über Umfang und Charakter der Epidemie zu berichten. Dabei haben sie sich, sofern die Verhältnisse es angezeigt erscheinen lassen, zugleich gutachtlich darüber zu äußern, ob und inwieweit es sich empfiehlt, von den in den §§ 5, 7 und 11 enthaltenen Ermächtigungen des Staatsministeriums Gebrauch zu machen.

§ 8 Abs. 1 Br.G. **Das Staatsministerium ist ermächtigt, die Bestimmungen dieses Gesetzes über Anzeigepflicht (§§ 1—4) . . . . . . für einzelne Teile oder den ganzen Umfang des Herzogtums auch auf andere in jenen Paragraphen nicht genannte übertragbare Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten. Im Falle dringender Gefahr steht die gleiche Ermächtigung auch der Landespolizeibehörde für einzelne Teile oder den ganzen Umfang ihres Bezirks zu, doch hat sie zu den von ihr getroffenen Maßnahmen unverzüglich die Genehmigung des Staatsministeriums einzuholen.**

Durch die Einführung der Anzeigepflicht für die sechs „gemeingefährlichen“ Krankheiten des Reichsgesetzes sollte den einzelnen Bundesstaaten die Möglichkeit nicht beschränkt sein, die Anzeigepflicht für andere übertragbare Krankheiten, soweit sie bereits bestand, aufrecht zu erhalten oder, soweit sie noch nicht bestand, einzuführen. Dieses

Recht bringt § 5 Abs. 1 R.G. zum Ausdruck. Von diesem Recht ist auch in allen Bundesstaaten Gebrauch gemacht worden.

Durch § 5 Abs. 2 wird aber dem Bundesrat die Ermächtigung übertragen, unter Umständen auch für einige im Gesetz nicht genannte übertragbare Krankheiten die Anzeigepflicht vorübergehend oder dauernd für einzelne Teile oder den ganzen Umfang des Reiches einzuführen. Dies kann z. B. in Frage kommen, wenn eine übertragbare Krankheit in ungewöhnlicher Heftigkeit oder in einer Ausdehnung auftritt, welche mehrere Bundesstaaten gleichzeitig gefährdet. Als Krankheiten mit Neigung zu pandemischer Verbreitung sind das Rückfallfieber, die übertragbare Genickstarre, die Influenza zu nennen, auch können in dieser Beziehung die Körnerkrankheit, die übertragbare Ruhr und der Typhus in Frage kommen. Was z. B. den Typhus betrifft, so findet bekanntlich seit 1903 eine gemeinsame Bekämpfung dieser Krankheit im Südwesten des Reiches in einem Gebiete statt, welches den Regierungsbezirk Trier und die Kreise Kreuznach und Meisenheim des Regierungsbezirks Coblenz von Preußen, die Rheinpfalz von Bayern, das Fürstentum Birkenfeld von Oldenburg und die Bezirke Unterelsaß und Lothringen von Elsaß-Lothringen umfaßt. Die Einheitlichkeit des Vorgehens wird dort dadurch etwas beeinträchtigt, daß zwar in allen beteiligten Landesteilen die Anzeigepflicht für Erkrankungen und Todesfälle an Typhus, eine solche für Typhusverdacht dagegen nur in Elsaß-Lothringen besteht. Hier wäre also sehr zu erwägen, ob nicht der Bundesrat die Einführung der Anzeigepflicht für den Typhusverdacht für den gesamten Bezirk der gemeinsamen Typhusbekämpfung und für die Dauer derselben beschließen sollte.

§ 5 des preußischen Gesetzes enthält eine ähnliche Ermächtigung für das Staatsministerium, wie sie Abs. 2 von § 5 des Reichsgesetzes dem Bundesrat beilegt. Schon in den Bemerkungen zu § 1 des preußischen Gesetzes wurde darauf hingewiesen, daß in der Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten verschiedene fehlen, welche unter Umständen von großer Bedeutung für die Bevölkerung werden können, so daß die Einführung einer Anzeigepflicht für sie wünschenswert oder notwendig werden kann. Um diese Lücke auszufüllen, bestimmt § 5, daß das Staatsministerium ermächtigt ist, die in den §§ 1—4 des preußischen Gesetzes enthaltenen Bestimmungen über die Anzeigepflicht für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere übertragbare Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Um stets in der Lage zu sein, von dieser Ermächtigung rechtzeitig Gebrauch machen zu können, muß das Staatsministerium über das Auftreten derartiger Krankheiten regelmäßig unterrichtet sein. Aus diesem Grunde legen die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 5 den Regierungspräsidenten die Verpflichtung auf, Vorsorge zu

treffen, daß sie selbst von dem epidemischen Ausbruch einer der in dem § 1 nicht aufgeführten übertragbaren Krankheiten tunlichst bald Kenntnis erhalten. Die Regierungspräsidenten werden dieser Verpflichtung nur nachkommen können, wenn sie die beamteten Ärzte ihres Bezirkes dazu anhalten, sich über den Gang aller übertragbaren Krankheiten in ihren Kreisen auf das sorgfältigste unterrichtet zu halten und von jedem auffälligen Auftreten einer Krankheit dem Regierungspräsidenten unverzüglich Meldung zu erstatten. Hieraus erwächst für die Kreisärzte die Verpflichtung, auch diejenigen übertragbaren Krankheiten, welche in § 1 des Gesetzes nicht genannt sind, sorgfältig im Auge zu behalten und sich über ihren Gang durch Erkundigungen bei den praktischen Ärzten, Hebammen, Ortsvorstehern, Gendarmen, Desinfektoren usw. ihres Kreises dauernd unterrichtet zu halten.

Weiter haben die Regierungspräsidenten nach erlangter Kenntnis über den Umfang und den Charakter der Epidemie an den Minister der Medizinalangelegenheiten unverzüglich zu berichten und sich, sofern die Verhältnisse es angezeigt erscheinen lassen, zugleich gutachtlich darüber zu äußern, ob und inwieweit es sich empfiehlt, von den in den §§ 5, 7 und 11 P. G. enthaltenen Ermächtigungen des Staatsministeriums Gebrauch zu machen. Bis jetzt ist von der Ermächtigung des § 5 nur in einigen Regierungsbezirken und nur bezüglich einer Krankheit (Masern) Gebrauch gemacht worden, trotzdem gerade diese Krankheit, wie sich gerade infolge dieser Berichte herausgestellt hat, in verschiedenen Teilen des Landes zahlreiche, zum Teil sehr schwere Epidemien erzeugt hat. Es ist anzunehmen, daß die Verfolgung der zur Zeit nicht anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten mit der Zeit ein Urteil darüber ermöglichen wird, ob und inwieweit eine Vervollständigung der in § 1 des Gesetzes enthaltenen Liste erforderlich ist. Zu erwägen bleibt ferner, ob nicht, wie dies bereits in den Bemerkungen zu § 1 gesagt worden ist, für Brunnen- und Badeorte, in welchen erfahrungsgemäß regelmäßig zahlreiche Kinder verkehren, in jedem Frühjahr die Anzeigepflicht für Keuchhusten, Masern und Röteln einzuführen und nach Beendigung der Saison wieder aufzuheben sein wird.

Bei der Beratung des Gesetzes war von verschiedenen Seiten vorgeschlagen worden, es möchte die Ermächtigung des § 5 P.G. zur Einführung der Anzeigepflicht nicht dem Staatsministerium, sondern den Regierungspräsidenten übertragen werden, weil sonst zu befürchten wäre, daß die Maßregel vielfach zu spät käme. Diese Befürchtung ist entschieden beachtenswert. Schon bis der Regierungspräsident von dem epidemischen Auftreten einer übertragbaren Krankheit erfährt, vergehen Tage bis Wochen; durch seinen Bericht an den Minister der Medizinalangelegenheiten und durch die Herbeiführung eines Beschlusses des Staatsministeriums vergeht eine weitere kostbare Zeit. Zum min-

desten wäre es wünschenswert gewesen, daß die Regierungspräsidenten wenigstens die Ermächtigung erhalten hätten, bei Gefahr im Verzuge die Anzeigepflicht einzuführen, wie es nach § 8 Br.G. in Braunschweig zulässig ist.

Man hat jedoch in Preußen Bedenken getragen, den Regierungspräsidenten eine so weitgehende Befugnis zu übertragen. Die Erfahrung hat ergeben, daß in der Tat die Zeit, welche von dem Eingange des Berichts des Regierungspräsidenten bis zur Veröffentlichung des Staatsministerialbeschlusses vergeht, sich außerordentlich abkürzen läßt. Dies wird noch weiter dadurch geschehen können, daß der Regierungspräsident seinen Bericht an den Minister der Medizinalangelegenheiten bei Gefahr im Verzuge telegraphisch erstattet, und letzterer den Beschluß des Staatsministeriums dem Regierungspräsidenten telegraphisch mitteilt.

V. Erinnerung an die Anzeigepflicht.

A. A. zu § 4 Abs. 6, 7 P.G. Sobald in einer Ortschaft oder in einem Bezirk eine der in dem § 1 genannten übertragbaren Krankheiten in epidemischer Verbreitung auftritt, wird es sich empfehlen, daß durch öffentliche Bekanntmachungen die gesetzliche Anzeigepflicht für diese Krankheit in Erinnerung gebracht, und die Bevölkerung in geeigneter Weise über das Wesen, die Verhütung und Bekämpfung der Krankheit belehrt wird. Jedoch ist eine unnötige Beunruhigung der Bevölkerung tunlichst zu vermeiden.

Es wird sich empfehlen, die Bekanntmachungen während der Dauer der Epidemie in angemessenen Zwischenräumen zu wiederholen.

Bei der Seltenheit der „gemeingefährlichen" Krankheiten ist die Bevölkerung mit der Pflicht, den Ausbruch derselben zur Anzeige zu bringen, nicht immer bekannt. Bei der Schwere und bei der Neigung, sich schnell auszubreiten, welche diese Krankheiten besitzen, ist es aber wichtig, daß gerade die ersten Fälle zur Kenntnis der Behörde gelangen. Deshalb wird in den Anweisungen des Bundesrates für die Bekämpfung der Cholera (§ 11 Abs. 1), des Fleckfiebers (§ 25), der Pest (§ 9 Abs. 1) und der Pocken (§ 23) den Polizeibehörden die Verpflichtung auferlegt, zu Zeiten drohender Krankheitsgefahr dafür zu sorgen, daß durch öffentliche Bekanntmachung die gesetzliche Anzeigepflicht in Erinnerung gebracht, und die Bevölkerung auch darüber belehrt wird, was unter Verdachtsfällen zu verstehen ist.

In letzterer Beziehung wird folgendes bemerkt:

Cholera (§ 11 Abs. 1 Satz 2): „Auch haben sie eine Belehrung der Bevölkerung in dem Sinne eintreten zu lassen, daß als choleraverdächtige Erkrankungen insbesondere heftige Brechdurchfälle aus unbekannter Ursache anzusehen sind. Geeignet erscheinenden Falls sind diese Bekanntmachungen während der Dauer der Choleragefahr zu wiederholen."

Fleckfieber (§ 25 Satz 2): „Diese Bekanntmachung ist während der Dauer der Fleckfiebergefahr von 8 zu 8 Tagen zu wiederholen.

„Ganz besonders ist die Anzeigepflicht den Inhabern von Herbergen und Gastwirtschaften sowie den Vorständen von Verpflegungsstationen, Asylen und ähnlichen Unterkunftsstätten einzuschärfen."

Pest (§ 9 Abs. 1): „Auch haben sie eine Belehrung der Bevölkerung in dem Sinne eintreten zu lassen, daß als pestverdächtige Erkrankungen insbesondere schnell entstandene, mit hohem Fieber und mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens verbundene Drüsenanschwellungen anzusehen sind, sofern nicht eine andere Ursache für diese Erscheinungen bestimmt nachgewiesen ist, ferner daß nach dem festgestellten Ausbruche der Pest als pestverdächtig außerdem zu gelten haben alle Erkrankungen und Todesfälle an Lungenentzündung, welche in dem gefährdeten Orte oder Bezirke sich ereignen. Geeignet erscheinenden Falls sind bezügliche Bekanntmachungen während der Dauer der Pestgefahr zu wiederholen."

Pocken (§ 23): „Gleichzeitig ist in dieser Bekanntmachung die Bevölkerung darüber zu belehren, daß zu solchen Zeiten als pockenverdächtige Erkrankungen auch Windpocken zu gelten haben. Diese Bekanntmachung ist während der Dauer der Pockengefahr von 8 zu 8 Tagen zu wiederholen."

Durch § 45 R.G. wird mit Geldstrafe von 10—150 M. oder mit Haft nicht unter einer Woche bedroht, „wer die ihm nach den §§ 2, 3 oder nach den auf Grund des § 5 vom Bundesrate beschlossenen Vorschriften obliegende Anzeige unterläßt oder länger als 24 Stunden, nachdem er von der anzuzeigenden Tatsache Kenntnis erhalten hat, verzögert". Durch § 35 P.G. wird mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bestraft, „wer die ihm nach den §§ 1—3 oder nach den auf Grund des § 5 des gegenwärtigen Gesetzes von dem Staatsministerium erlassenen Vorschriften obliegende Anzeige schuldhaft unterläßt".

Mit Rücksicht auf diese hohen Strafen erscheint es angezeigt, bei dem Auftreten einer übertragbaren Krankheit in epidemischer Verbreitung die Anzeigepflicht durch öffentliche Bekanntmachung in Erinnerung zu bringen.

Nach den Anweisungen für die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten soll die Wiederholung der Bekanntmachungen erfolgen bei Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, übertragbarer Ruhr, Scharlach und Typhus von 8 zu 8 Tagen, bei Körnerkrankheit in geeigneten Zwischenräumen.

Abschnitt II.

Ermittelung der Krankheit.

Die Polizeibehörde kann ihre Aufgabe, die von übertragbaren Krankheiten drohenden Gefahren für die Allgemeinheit abzuwenden, nur erfüllen, wenn sie bei jedem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit so schnell als möglich über die Art, den Stand und Umfang der Seuche zuverlässig unterrichtet wird. Dies kann nur durch einen Arzt geschehen. Deshalb bestimmt schon § 10 des Regulativs von 1835, daß die Polizeibehörde auf die erhaltene Anzeige hin die ersten Fälle der anzeigepflichtigen Krankheiten ärztlich untersuchen lassen muß. Diese Untersuchung bezeichnet das Gesetz als Ermittelung.

Um die Art, den Stand und Umfang, vor allem aber die Entstehungsursache einer übertragbaren Krankheit schnell und zuverlässig feststellen zu können, bedarf der Arzt nicht nur gründlicher Kenntnisse in der Ätiologie und Symptomatologie der Infektionskrankheiten, er muß auch mit den gesetzlichen Bestimmungen, behördlichen Verordnungen und örtlichen Verhältnissen vertraut, in der Ermittelung von Krankheiten geübt sein und womöglich das Vertrauen der Behörden, der Ärzte und der Bevölkerung genießen. Diese Voraussetzungen treffen in vollem Umfange nur bei dem beamteten Arzte zu, der durch seine Vorbildung und seine amtliche Stellung zu dieser Aufgabe besonders geeignet ist.

Der Kreisarzt ist nach dem preußischen Gesetze, betreffend die Dienststellung des Kreizarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, vom 16. September 1899 (G.S. S. 172) der staatliche Gesundheitsbeamte des Kreises und der technische Berater des Landrates, in Stadtkreisen der Polizeibehörde (§ 1 Abs. 1, 2); er hat die gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises zu beachten und die Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung zu überwachen (§ 6, Abs. 2, 3)

und kann bei Gefahr im Verzuge, wenn ein vorheriges Benehmen mit der Polizeibehörde nicht angängig ist, die zur Verhütung, Feststellung, Abwehr und Unterdrückung einer gemeingefährlichen Krankheit erforderlichen vorläufigen Anordnungeu treffen (§ 8 Abs. 1).

Das Reichs- und das preußische Gesetz haben daher bewußt die Aufgabe, die übertragbaren Krankheiten zu ermitteln, bei der Mehrzahl derselben in die Hände des beamteten Arztes gelegt. Die praktischen Arzte können hierin ein Mißtrauensvotum gegen sich um so weniger erblicken, als das Ermittelungsverfahren meist so erhebliche Mühewaltung und Zeit erfordert, wie sie ein beschäftigter Arzt ohne Beeinträchtigung seiner Praxis nicht aufzuwenden vermag. Das Recht aber, auf eigene Veranlassung Ermittelungen vornehmen zu dürfen, kann ein praktischer Arzt vollends nicht für sich in Anspruch nehmen, weil dies als eine polizeiliche Befugnis nur einem Beamten zugestanden werden kann.

Die Vorschriften über das Ermittelungsverfahren sind in den §§ 6—10 R.G. und den §§ 6 und 7 P.G. enthalten, und zwar geben die Paragraphen des Reichsgesetzes die grundlegenden Bestimmungen, während in den Paragraphen des preußischen Gesetzes angegeben ist, unter welchen Bedingungen die Bestimmungen des Reichsgesetzes auf die Krankheiten des preußischen Gesetzes Anwendung zu finden haben. Das Nähere hierüber ist in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen vom 15. Sept. 1906 zu §§ 6 und 7 enthalten.

I. Obliegenheiten der Polizeibehörde.

§ 6 Abs. 1 Satz 1 R.G. Die Polizeibehörde muß, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens einer der im § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten) Kenntnis erhält, den zuständigen beamteten Arzt zu benachrichtigen.

§ 6 Abs. 1 Satz 1 P.G. Auf Erkrankungen, Verdacht der Erkrankungen und Todesfälle an Kindbettfieber, Typhus (Unterleibstyphus), sowie Erkrankungen und Todesfälle an Genickstarre, übertragbarer, Rückfallfieber, Ruhr, übertragbarer, Milzbrand, Rotz, Tollwut, Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, Trichinose finden die in den §§ 6 bis 10 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, enthaltenen Bestimmungen über die Ermittelung der Krankheit entsprechende Anwendung.

§ 6 Abs. 4 P.G. Bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach hat die Ortspolizeibehörde nur die ersten Fälle ärztlich fest-

stellen zu lassen und dies auch nur dann, wenn sie nicht von einem Arzt angezeigt sind.

A. A. zu § 6 P.G. 1. Die Polizeibehörden haben von den ihnen auf Grund des § 1 zugehenden Anzeigen jedesmal ungesäumt unter Übersendung der betreffenden Kartenbriefe in Ur- oder in Abschrift dem beamteten Arzt Mitteilung zu machen.

Auch haben sie den beamteten Arzt, wenn sie auf andere Weise von dem Ausbruch einer der in dem § 1 genannten Krankheiten Kenntnis erhalten, hiervon ungesäumt zu benachrichtigen.

Wird behufs Beschleunigung der Mitteilung der Fernsprecher oder der Telegraph benutzt, so hat gleichzeitig die schriftliche Benachrichtigung zu erfolgen.

5. Mit der Ermittelung und Feststellung des ersten Falles von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach in einer Ortschaft, sofern er nicht von einem Arzt angezeigt ist, hat die Polizeibehörde, sobald ihr die Anzeige zugegangen oder der Ausbruch der Krankheit auf andere Weise zu ihrer Kenntnis gelangt ist, unter Übersendung der Anzeige einen Atzt zu beauftragen; sie soll dazu in der Regel behufs Kostenersparnis den nächsterreichbaren Arzt wählen. Ist die Anzeige seitens eines Arztes erfolgt, so hat die Polizeibehörde diesen um die erforderlichen Auskünfte zu ersuchen.

A. A. zu § 4 Abs. 5 P.G. Auf Grund der erstatteten Anzeige haben die Polizeibehörden für jede der anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten eine besondere Liste nach dem beigefügten Muster (Anlage 2) fortlaufend zu führen.

§ 5 Abs. 1 Satz 1 Br.G. Auf Verdacht der Erkrankung, auf Erkrankungen und auf Todesfälle an Kindbettfieber, Rückfallfieber, Typhus (Unterleibstyphus) und Rotz, sowie auf Erkrankungen und Todesfälle an Genickstarre, übertragbarer, Körnerkrankheit, Ruhr, übertragbarer, Milzbrand, Tollwut, Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung und Trichinose finden die in den §§ 6 bis 10 des Reichsgesetzes enthaltenen Bestimmungen über die Ermittelung der Krankheit entsprechende Anwendung ......

§ 5 Abs. 3 Br.G. Die Feststellung von Diphtherie, Scharlach und Lungen- und Kehlkopfstuberkulose durch den beamteten Arzt hat nur zu erfolgen, wenn die Krankheiten nicht bereits von einem Arzte angezeigt oder festgestellt worden sind.

1. Benachrichtigung des beamteten Arztes.

Die Polizeibehörde muß, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdacht des Auftretens einer gemeingefährlichen Krankheit oder von dem Ausbruch einer sonstigen übertragbaren Krankheit Kenntnis erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Diese Benachrichtigung hat also nicht nur dann zu erfolgen, wenn ein Fall einer dieser Krankheiten zur Anzeige gelangt, sondern auch dann, wenn die Polizeibehörde auf andere Weise von einem solchen Falle Kenntnis erhält. Diese Vorschrift ist von außerordentlicher Bedeutung, weil

sie die Möglichkeit gewährt, die Ermittelung übertragbarer Krankheiten auch in solchen Fällen zu veranlassen, in welchen die Anzeige aus Absicht oder Unkenntnis nicht rechtzeitig oder gar nicht erfolgt. Es darf angenommen werden, daß derartige Fälle nur ausnahmsweise vorkommen, und daß die Anzeige die Regel bildet.

Für diejenigen Fälle, welche regelrecht angezeigt werden, bestimmen die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zum P.G.: „Die Polizeibehörden haben von den ihnen auf Grund des § 1 zugehenden Anzeigen jedesmal ungesäumt unter Übersendung der betreffenden Kartenbriefe in Ur- oder Abschrift dem beamteten Arzt Mitteilung zu machen."

Hier ist zu fragen, was unter „ungesäumt" zu verstehen ist. Dieser Zeitbegriff findet sich sonst im Gesetze nicht. An seiner Stelle wird sonst das Wort „unverzüglich" gebraucht, und aus mehreren Bestimmungen des Gesetzes geht hervor, daß dieses gleichbedeutend ist mit „längstens in 24 Stunden". Nach § 1 R.G. ist jede Erkrankung u. s. w. unverzüglich anzuzeigen, nach § 45, 1 wird bestraft, wer die Anzeige unterläßt oder länger als 24 Stunden verzögert; nach § 1 P.G. ist jede Erkrankung u. s. w. binnen 24 Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen. Daraus geht also hervor, daß „unverzüglich" gleichbedeutend ist mit „längstens in 24 Stunden". „Ungesäumt" soll aber offenbar ein stärkerer Begriff sein als „unverzüglich". Denn es wäre unter Umständen höchst bedenklich, ja verhängnisvoll, wenn die Polizeibehörde nach Empfang einer Anzeige eines Falles z. B. von Cholera oder Pest mit der Benachrichtigung des beamteten Arztes bis zu 24 Stunden zögern wollte.

Es muß im Interesse der prompten Einleitung der Seuchenbekämpfung von der Polizeibehörde verlangt werden, daß sie die ihr zugehenden Anzeigen von übertragbaren Krankheiten tunlichst sofort nach Eingang, spätestens aber noch vor Sonnenuntergang an den beamteten Arzt weitergibt. Zulässig ist dabei nur der Zeitverlust, welcher entsteht durch die Abschrift des Kartenbriefes und die Eintragung seines Inhaltes in die von der Ortspolizeibehörde zu führende Liste. Obwohl eine Bestimmung darüber, bis wann spätestens die Mitteilung der Anzeige an den beamteten Arzt zu erfolgen hat, weder im Gesetz noch in den Ausführungsbestimmungen enthalten ist, wird die tunlichste Beschleunigung dieser Mitteilung im Aufsichtswege nachdrücklichst zu fordern und strengstens zu überwachen sein. Je später der beamtete Arzt die Mitteilung erhält, um so größer ist die Zeit, welche bis zum Beginn der amtsärztlichen Ermittelung verstreicht, um so größer daher auch die Gefahr, daß inzwischen die Krankheit weiter um sich greift.

Es ist in den Ausführungsbestimmungen nicht ausdrücklich gesagt, versteht sich aber von selbst, daß die Polizeibehörde bei Krank-

heitsfällen, welche ihr nicht schriftlich, sondern mündlich angezeigt werden, den Anzeigenden um Auskunft über sämtliche in dem Kartenbriefe enthaltenen Fragen zu ersuchen und eine Aufzeichnung der Antworten dem beamteten Arzte mitzuteilen hat, da letzterer ohne eine solche Unterlage die Ermittelung nicht vornehmen kann.

Wenn die Ortspolizeibehörde auf andere Weise als durch eine regelrechte Anzeige Kenntnis von dem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit erhält, so wird sie, bevor sie den beamteten Arzt zur Vornahme von Ermittelungen veranlaßt, zu prüfen haben, ob es sich um ein bloßes Gerücht oder um eine glaubwürdige Tatsache handelt. Sie wird zunächst, soweit dies ohne zu großen Zeitverlust geschehen kann, von auskunftsfähigen Personen in der Umgebung des Kranken Erkundigungen einzuziehen suchen.

Die Ausführungsbestimmungen bestimmen, daß in den Fällen, in welchen die Polizeibehörde behufs Beschleunigung der Mitteilung an den beamteten Arzt den Fernsprecher oder den Telegraphen benutzt, gleichzeitig eine schriftliche Benachrichtigung zu erfolgen hat; Veranlassung zu dieser Bestimmung war die mehrfach gemachte Erfahrung, daß telephonische Mitteilungen zu erheblichen Mißverständnissen Veranlassung geben können. So wurde z. B. ein Fall von Pest bei der telephonischen Mitteilung von dem Empfänger der Nachricht irrtümlicherweise als ein Fall von Typhus verstanden; wird das Gespräch nicht von dem beamteten Arzte selbst, sondern von einem seiner Angehörigen oder Dienstboten geführt, so sind noch unangenehmere Mißverständnisse denkbar. Auch bei der telegraphischen Benachrichtigung sind Irrtümer möglich. Die telephonische oder telegraphische Mitteilung ist daher in jedem Falle dem Adressaten gleichzeitig brieflich per Post oder durch besonderen Boten zuzustellen, ungeachtet der hiermit verbundenen Mühe und Kosten.

Zur Übersendung der Kartenbriefe über Erkrankungen an Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach sowie über Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose an den Kreisarzt sind in Preußen die Ortspolizeibehörden g e s e t z l i c h nicht verpflichtet. Dies ist eine Lücke, die in dem Entwurfe des Gesetzes, wie es dem Abgeordnetenhause vorgelegt worden ist, nicht enthalten war, sondern erst bei der Beratung in der Kommission hineingekommen ist. Es ist klar, daß dadurch dem beamteten Arzte die Erfüllung seiner Pflicht, die Krankheiten in seinem Kreise regelmäßig zu beobachten und über dieselben Listen zu führen und Nachweisungen zu erstatten, unmöglich gemacht werden würde, wenn eine Ortspolizeibehörde es für angezeigt hielte, dem beamteten Arzte die Anzeigen über die drei genannten Krankheiten vorzuenthalten. Glücklicherweise können die Ortspolizeibehörden im Aufsichtswege dazu angehalten werden, dem beamteten Arzte a l l e Anzeigen, also auch diejenigen über die vier genannten Krankheiten

zu übersenden, wie dies auch durch die Allg. Ausführ.-Best. in Ziffer 1 zu § 6 P.G. geschehen ist.

2. Zuziehung eines Arztes bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach.

Bei den ersten Fällen von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach in einer Ortschaft hat in Preußen die Polizeibehörde verschieden zu verfahren, je nachdem die Anzeige von einem Arzte erstattet ist oder nicht. In ersterem Falle hat sie diesen um die erforderlichen Auskünfte zu ersuchen, soweit solche zur Feststellung des Falles etwa noch erforderlich sind. In letzterem Falle, oder wenn der Ausbruch der Krankheit auf andere Weise zu ihrer Kenntnis gelangt ist, hat sie unter Übersendung der Anzeige in Ur- oder in Abschrift einen Arzt mit der Ermittelung zu beauftragen; sie soll dazu in der Regel behufs Kostenersparnis den nächsterreichbaren Arzt wählen (Allg. Ausführ.-Best. Ziffer 5 zu § 6 P.G.). Um die Durchführung der letzteren Vorschrift zu erzwingen, wird in den Allg. Ausführ.-Best. zu § 25 P.G. ausdrücklich bestimmt, daß, wenn durch Unterlassung der Zuziehung des nächsterreichbaren Arztes Mehrkosten entstanden sind, diese unter Umständen der Ortspolizeibehörde nicht zu erstatten sind.

Diese Vorschrift ist getroffen, damit nicht die Ortspolizeibehörden entgegen den Bestimmungen des Gesetzes auch bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach aus Gewohnheit oder Bequemlichkeit regelmäßig den beamteten Arzt zuziehen oder aus irgend welchen sonstigen Gründen einen näher wohnenden Arzt umgehen.

In Braunschweig ist die Regelung eine sehr viel glücklichere. Auch hier sind einige Krankheiten, und zwar Diphtherie, Lungen- und Kehlkopfstuberkulose und Scharlach — also nicht auch Körnerkrankheit, wie in Preußen — anders als die übrigen übertragbaren Krankheiten behandelt. Hier aber hat die Polizeibehörde die Feststellung der Fälle, die nicht durch einen Arzt angezeigt oder festgestellt sind, nicht durch einen beliebigen, sondern auch durch den beamteten Arzt bewirken zu lassen. Besonders bemerkenswert ist die unterschiedliche Behandlung der Lungen- und Kehlkopfstuberkulose, bei der in Preußen überhaupt kein Arzt, in Braunschweig aber der beamtete Arzt nach dem Gesetz zu beteiligen ist.

3. Benachrichtigung der vorgesetzten Behörde.

Sobald die Ortspolizeibehörde von dem beamteten Arzte — bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach von dem mit der Ermittelung beauftragten Arzte — die Erklärung erhalten hat, daß der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruches begründet ist, hat sie eine Benachrichtigung gewisser Stellen zu bewirken.

Über die Benachrichtigungen bei gemeingefährlichen Krankheiten bestimmt § 42 R.G.: „Ist in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen.“ In der Begründung zu diesem Paragraphen ist ausgeführt, daß die Reichsverwaltung über den Ausbruch und die Verbreitung der Seuchen unterrichtet sein muß, um einerseits die etwa von seiten des Reiches zu treffenden Anordnungen treffen und andererseits regelmäßige Veröffentlichungen über die Seuche veranlassen und auf die von den Vertretern auswärtiger Regierungen gestellten Anfragen Auskunft geben zu können. Über die einzelnen gemeingefährlichen Krankheiten ist in den betreffenden Bekämpfungsanweisungen noch folgendes bestimmt:

Aussatz (Anweisung § 24 Abs. 1): „Ist in einer Ortschaft der Ausbruch des Aussatzes festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort zu benachrichtigen. Ebenso ist jeder weitere Fall dem Kaiserlichen Gesundheitsamt mitzuteilen.“ — Cholera (Anweisung § 15): „Von jedem ersten, nach den Ermittelungen des beamteten Arztes vorliegenden Falle von Cholera oder Choleraverdacht in einer Ortschaft ist sofort dem Kaiserlichen Gesundheitsamt auf kürzestem Wege Nachricht zu geben.“ — Fleckfieber (Anweisung § 38 Abs. 1) wie bei Aussatz. — Pest (Anweisung § 13 Abs. 1) wie bei Cholera. — Pocken (Anweisung § 38 Abs. 1) wie bei Aussatz.

In den Ausführungsbestimmungen zu den vorgenannten Anweisungen hat der Minister der Medizinalangelegenheiten übereinstimmend vorgeschrieben, daß, sobald der beamtete Arzt auf Grund seiner Ermittelungen an Ort und Stelle erklärt, daß der Ausbruch der Krankheit feststeht oder der Verdacht des Auftretens derselben begründet ist, die Ortspolizeibehörde ohne Verzug dem zuständigen Regierungspräsidenten Nachricht zu geben hat. Dieser hat sofort den Minister der Medizinalangelegenheiten und das Kaiserliche Gesundheitsamt zu benachrichtigen. Sämtliche Benachrichtigungen sind auf telegraphischem Wege, im Landespolizeibezirk Berlin, sofern dies zur größeren Beschleunigung beiträgt, durch besondere Boten zu bewerkstelligen.

Durch diese Anordnung wird die Benachrichtigung des Gesundheitsamtes nicht verzögert, es wird aber verhindert, daß, wie es anfänglich vielfach der Fall war, nur das Gesundheitsamt benachrichtigt, die Landesbehörde aber in Unkenntnis gelassen wird, was um so weniger angängig ist, als dieser die Bekämpfung der Seuche obliegt.

Es muß als Grundsatz festgehalten werden, daß in Preußen weder die Ortspolizeibehörde noch der beamtete Arzt Benachrichtigungen direkt an das Kaiserliche Gesundheitsamt gelangen lassen dürfen, son-

dern daß sie diese lediglich an den Regierungspräsidenten zu richten haben, dem die Benachrichtigung des Gesundheitsamtes obliegt.

Bei den Krankheiten des preußischen Gesetzes liegt den Ortspolizeibehörden eine Benachrichtigung des Regierungspräsidenten nicht ob, sie haben eine solche lediglich an den Landrat zu richten, falls dieser es verlangt. Die Benachrichtigung des Regierungspräsidenten ist Sache des beamteten Arztes.

4. Benachrichtigung der Militärbehörde.

Die Ortspolizeibehörden haben die Militärbehörden über die übertragbaren Krankheiten auf dem Laufenden zu erhalten. Hierüber ist in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 6 P.G. in Ziff. 12 folgendes bestimmt:

„12. Die Ortspolizeibehörden der Garnisonorte und derjenigen Orte, welche im Umkreise von 20 km von Garnisonorten oder im Gelände für militärische Übungen gelegen sind, haben alsbald nach erlangter Kenntnis jeden ersten Fall einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit in dem betreffenden Orte sowie jeden in zivilärztlicher Behandlung befindlichen Fall von Kindbettfieber, welcher in militärischen Dienstgebäuden untergebrachte Personen betrifft, der Militär- oder Marinebehörde mitzuteilen.

„Über den weiteren Verlauf der Krankheit sind wöchentlich Zahlenübersichten der neu festgestellten Erkrankungs- und Todesfälle einzusenden. Jeder Mitteilung sind Angaben über die Wohnungen und die Gebäude, in welchen die Erkrankungen aufgetreten sind, sowie auch über die Arbeitsstätte des Erkrankten beizufügen.

„Die Mitteilungen sind für Garnisonorte und für die in ihrem Umkreise von 20 km gelegen Orte an den Kommandanten oder, wo ein solcher nicht vorhanden ist, an den Garnisonältesten, für Orte im Übungsgelände an das Generalkommando zu richten.

„Als Garnisonorte gelten alle die Orte, in welchen Truppenteile oder zum Bereiche der Heeres- oder Marineverwaltung gehörende sonstige Behörden (Bezirkskommandos, Kadetten- und andere Erziehungsanstalten, Genesungsheime u. dgl.) dauernd untergebracht sind.

„Andererseits werden die zuständigen Militär- und Marinebehörden von allen in ihrem Dienstbereiche vorkommenden Erkrankungen und Todesfällen an einer anzeigepflichtigen Krankheit alsbald nach erlangter Kenntnis eine Mitteilung an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige Ortspolizeibehörde machen. Jeder Mitteilung werden Angaben über das Militärgebäude oder die Wohnungen, in welchen die Erkrankungen aufgetreten sind, beigefügt werden.

„(Vgl. auch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. Juli 1902 R.G.Bl. S. 257, Min.-Erlaß vom 31. Dez. 1902, Min.-Bl. f. Med.-Ang. 1903 S. 75.)“

5. Listenführung.

Nach den Anweisungen des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera, des Fleckfiebers, der Pest und der Pocken haben die Ortspolizeibehörden über die sicher festgestellten Fälle dieser Krankheiten je eine besondere Liste nach Muster fortlaufend zu führen. In diese Listen sind also nicht die eingehenden Anzeigen, sondern die Ergebnisse der amtsärztlichen Ermittelungen einzutragen.

Abweichend hiervon ist die Listenführung bei den übrigen übertragbaren Krankheiten. Für jede von ihnen ist nach den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 4 Abs. 5 auf Grund der erstatteten Anzeige eine besondere Liste nach Muster fortlaufend zu führen. Da diese Liste nicht selten auf Grund des Ergebnisses des Ermittelungsverfahrens berichtigt bezw. vervollständigt werden muß, wird es sich empfehlen, zwar die Eintragung der Anzeigen vor ihrer Weitergabe an den beamteten Arzt zu bewirken, sie aber nach Eingang der Mitteilungen des beamteten Arztes, bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach des „feststellenden“ Arztes, zu berichtigen bezw. zu vervollständigen.

6. Verteilung von gemeinverständlichen Belehrungen und von Ratschlägen für Ärzte.

Die Kenntnisse von dem Wesen, der Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten sind in der Bevölkerung so wenig verbreitet, daß sie vielfach nicht in der Lage ist, verdächtige Krankheitsfälle richtig zu beurteilen und den Anordnungen und Ratschlägen der beamteten Ärzte und Polizeibehörden das wünschenswerte Verständnis entgegenzubringen. Um hier tunlichste Abhilfe zu schaffen, hat es sich als zweckmäßig erwiesen, gemeinverständliche Belehrungen über die wichtigsten Krankheiten auszuarbeiten, welche gegebenenfalls unentgeltlich zur Verteilung gelangen sollen.

Solche Belehrungen sind vom Kaiserlichen Reichsgesundheitsrat für Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Pest und Pocken, in der Medizinalabteilung des preußischen Kultusministeriums für Diphtherie, übertragbare Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Milzbrand, Rotz, übertragbare Ruhr, Scharlach und Typhus ausgearbeitet worden und können in Preußen durch Vermittelung der Regierungspräsidenten von der Medizinalabteilung des Kultusministeriums erbeten werden.

Sie sind dazu bestimmt, seitens der Polizeibehörde dem Haushaltungsvorstand jeder Familie, in welcher ein Fall der vorgenannten Krankheiten vorkommt, ausgehändigt, außerdem aber bei gehäuftem Auftreten der Krankheit in der Bevölkerung verteilt zu werden. Die

gemeinverständliche Belehrung zur Verhütung des Kindbettfiebers „Wie schützt sich die Wöchnerin vor dem Kindbettfieber" soll von den Hebammen jeder Schwangeren, die in ihre Behandlung kommt, und von den Standesbeamten jeder Person, welche eine Geburt anmeldet, ausgehändigt werden. Die durch die Verhütung dieser letzteren Belehrung erwachsenden Kosten werden nicht vom Medizinalminister erstattet, sondern sind von den Gemeinden zu tragen.

Die Kenntnis der neueren Errungenschaften auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten, namentlich die Ergebnisse der bakteriologischen Forschung und der auf ihrem Boden erwachsenen Seuchenbekämpfung ist unter den Ärzten noch nicht so verbreitet, wie es im Interesse einer schnellen und tatkräftigen Durchführung der Seuchengesetze wünschenswert wäre. Aus diesem Grunde ist es als zweckmäßig befunden worden, Ratschläge an Ärzte für die Bekämpfung einiger übertragbarer Krankheiten auszuarbeiten. Solche Ratschläge sind ausgearbeitet worden vom Kaiserlichen Reichsgesundheitsrat für Cholera, Pest und Pocken, in der Medizinalabteilung des preußischen Kultusministeriums für übertragbare Genickstarre, Körnerkrankheit, Milzbrand, übertragbare Ruhr und Typhus. Diese Belehrungen werden in Preußen jedem Kandidaten der Medizin, welcher sich zur Ablegung der ärztlichen Prüfung meldet, ausgehändigt. Außerdem sind sie beim Erlaß der bezüglichen Anweisungen sämtlichen preußischen Ärzten übergeben worden und sollen in Zukunft in den Ortschaften und Bezirken, welche von einer übertragbaren Krankheit befallen oder bedroht sind, erneut zur Verteilung gelangen.

Es ist von einer etwas sehr kritischen Seite bemerkt worden, die Verteilung dieser Ratschläge sei beinahe eine Kränkung für die Ärzte, da sie kaum etwas enthielten, was nicht jeder jüngste Student der Medizin wissen müßte und tatsächlich wüßte. Diese Ansicht ist zweifellos falsch. Die Mehrzahl der Ärzte erkennt die der Abfassung und Verteilung der Ratschläge zu Grunde liegende gute Absicht durchaus an und nimmt die Druckschriften gern entgegen, ohne sich beleidigt zu fühlen. Im Interesse eines einheitlichen Zusammengehens aller Beteiligten ist es nur zu wünschen, daß diese Ratschläge eine möglichst große Verbreitung finden, um so mehr, als sie unter Mitwirkung der ersten Sachverständigen Preußens wie Deutschlands bearbeitet worden sind.

§7. Ergreifung von Schutzmaßregeln.

§ 8 P.G. Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen.

A. A. zu § 6 P.G. 8. Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes — bei Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach des mit der Feststellung beauftragten Arztes — der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder bei Kindbettfieber, Rotz, Rückfallfieber oder Typhus der Verdacht der Krankheit begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen. Bei Milzbrand und Rotz ist darauf zu achten, daß die gesundheitspolizeilichen Maßregeln mit den veterinärpolizeilichen stets im Einklang stehen.

Um die rechtzeitige Anordnung der Verhütungs- und Bekämpfungsmaßregeln zu sichern und jede Verzögerung derselben durch saumselige oder unentschlossene Polizeibehörden zu verhindern, legt § 8 R.G. der Polizeibehörde die Pflicht auf, unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu ergreifen, sobald die Erklärung des beamteten Arztes über den Ausbruch der Seuche vorliegt. In der Begründung zu § 8 heißt es: „Etwaige Zweifel an der Richtigkeit der ärztlichen Feststellung können ihr zwar Veranlassung geben, die Entscheidung der vorgesetzten Behörde anzurufen; die Ausführung der Maßregeln darf aber im Interesse des Schutzes gegen eine wahrscheinliche Gefährdung der Bevölkerung in diesem Falle nicht ausgesetzt werden.“ Das Gesetz umgibt durch diese Bestimmung den beamteten Arzt mit einer großen Autorität, die er sich durch sorgsame Prüfung der Verhältnisse und durch ein ruhiges und bestimmtes Auftreten zu erhalten haben wird. Ein Recht, nach Eingang der Erklärung des beamteten Arztes etwa noch einen anderen Arzt zu hören und von dem Ausfall seiner Erklärung ihre Entschließungen abhängig zu machen, steht der Polizeibehörde jedenfalls nicht zur Seite.

Durch § 6 Abs. 1 P.G. wird § 8 R.G. auf die Krankheiten des preußischen Gesetzes — mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach — ausgedehnt. Durch Ziffer 8 Abs. 1 der allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 6 P.G. wird bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach die durch das Reichsgesetz nur dem beamteten Arzt beigelegte Autorität auf den mit der Feststellung beauftragten Arzt übertragen.

In Satz 2 von Ziffer 8 wird weiter angeordnet, daß bei Milzbrand und Rotz darauf zu achten ist, daß die gesundheitspolizeilichen Maßregeln mit den veterinärpolizeilichen stets in Einklang stehen. In letzterer Beziehung ist zu bemerken, daß bei der Bekämpfung von Milzbrand und Rotz der Kreisarzt und der Kreistierarzt zweckmäßigerweise ihr Vorgehen in der Weise abgrenzen werden, daß der Kreisarzt diejenigen Anordnungen vorschlägt, welche sich auf den Kranken, seine Wohnung und Gebrauchsgegenstände beziehen, während der Kreistierarzt seine Aufmerksamkeit auf die Tiere und ihre Unterkunft lenkt. Die Ausführung der Desinfektion z. B. wird, soweit es sich um den Kranken und seine Wohnung handelt, nach dem Gutachten des Kreisarztes, soweit dagegen Tiere, Stallungen, Dünger- und

Jauchegruben usw. in Betracht kommen, nach demjenigen des Kreistierarztes auszuführen sein. Daß sich beide Beamte dabei über den Inhalt und die Ausführung dieser Anordnungen miteinander ins Benehmen zu setzen haben, ist selbstverständlich.

8. Einführung der obligatorischen Leichenschau.

§ 10 R.G. **Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, kann durch die zuständige Behörde angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.**

A. A. zu § 6 P.G. 9. Für Ortschaften und Bezirke, welche von Milzbrand, Rotz, Ruhr oder Typhus befallen sind, und in welchen ein allgemeiner Leichenschauzwang nicht besteht, kann geeignetenfalls im Polizeiverordnungswege angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) womöglich durch einen Arzt zu unterwerfen ist.

Die amtliche Besichtigung jeder Leiche durch Sachverständige vor Erteilung der Erlaubnis zur Beerdigung ist trotz der zahlreichen für diese Maßregel sprechenden Gründe noch nicht in allen deutschen Bundesstaaten eingeführt. In einigen findet sie überhaupt nicht, in anderen nicht durch Ärzte, sondern durch besonders dazu ausgebildete Laien statt. In Preußen ist sie nur in einigen größeren Städten und Kreisen in der Nähe dieser Städte eingeführt, während in dem größten Teile des Landes entweder der Mangel an Ärzten oder die Kosten die Einführung der Maßregel bis jetzt unmöglich gemacht haben. Gerade zu Zeiten von Epidemien kann dieser Mangel verhängnisvoll werden, wenn schnell tödlich verlaufende Fälle von übertragbaren Krankheiten teils aus absichtlicher Unterlassung der Anzeige, teils weil aus Scheu vor den Kosten ein Arzt nicht zugezogen wurde, sich der Kenntnis der Behörde entziehen. Die Erfahrung spricht dafür, daß derartige Vorkommnisse da, wo die obligatorische Leichenschau durch Ärzte besteht, nicht möglich sind. Deswegen gibt § 10 R.G. der zuständigen Behörde das Recht, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, anzuordnen, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist. Durch § 6 Abs. 1 P.G. wird diese Befugnis auf die Krankheiten des preußischen Gesetzes — mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach — ausgedehnt, jedoch durch Ziffer 9 der allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 6 P.G. auf Milzbrand, Rotz, Ruhr und Typhus und zwar auf Ortschaften und Bezirke, welche von einer dieser Krankheiten bereits befallen sind, beschränkt. Es ergibt sich daraus, daß bei gehäuftem Auftreten von Kindbettfieber, Genickstarre, Rückfallfieber, Tollwut, Fleisch-, Fisch- und Wurstver-

giftung und Trichinose die Einführung der obligatorischen Leichenschau unzulässig ist. Gegenüber dieser Einschränkung der polizeilichen Befugnisse enthält die Ausführungsbestimmung eine Erweiterung nach der Richtung hin, daß die Leichenschau womöglich durch einen Arzt zu erfolgen hat, während nach dem Wortlaut des Reichsgesetzes sie auch durch eine beliebige andere Person (Leichenschauer) erfolgen darf.

Die Einführung der Leichenschau wird es ermöglichen, auch Fälle, welche zum Tode führen, ohne daß ein Arzt zugezogen war, noch feststellen zu können. Dies ist namentlich bei Cholera und Pest, aber auch z. B. bei Milzbrand und Typhus, wichtig. Die Erfahrungen der Choleraerkrankungen im Jahre 1905 haben bestätigt, daß die Einführung der Leichenschau eine außerordentlich zweckmäßige Maßregel ist.

Zusammenfassend sei bemerkt, daß die Einführung der obligatorischen Leichenschau zulässig ist:

1. nach dem Reichsgesetz für Ortschaften und Bezirke, welche von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest oder Pocken befallen oder bedroht sind,

2. nach dem preußischen Gesetz und den Ausführungsbestimmungen für Ortschaften und Bezirke, welche von Milzbrand, Rotz, Ruhr oder Typhus befallen sind.

Es besteht also eine sehr bemerkenswerte Einschränkung der Vorschriften des Reichsgesetzes bei den vier Krankheiten des preußischen Gesetzes nach der Richtung hin, daß die Einführung der obligatorischen Leichenschau zulässig ist nicht schon bei der Annäherung einer Epidemie, d. h. wenn die Ortschaft oder der Bezirk erst bedroht ist, sondern wenn die Epidemie bereits aufgetreten ist, d. h. wenn die Ortschaft oder der Bezirk bereits von der Krankheit befallen ist. Durch diese Einschränkung sollte zum Ausdruck gebracht werden, daß bei den im preußischen Gesetz aufgeführten Krankheiten als weniger gemeingefährlichen ein milderes Verfahren ausreicht. Es muß aber ausdrücklich hervorgehoben werden, daß die vom Minister erlassenen Ausführungsbestimmungen keine Gesetzeskraft haben, sondern im Bedarfsfalle von demselben Minister so weit ausgedehnt werden können, als es nach dem Wortlaut des Gesetzes zulässig ist; daß daher im Bedarfsfalle die Einführung der obligatorischen Leichenschau auch bei den anderen Krankheiten des preußischen Gesetzes und auch für Ortschaften und Bezirke angeordnet werden kann, welche von der Krankheit nicht schon befallen, sondern erst bedroht sind. Bei dem gemeingefährlichen Charakter der Genickstarre z. B. und der großen Übertragbarkeit des Rückfallfiebers wird eine derartige Ausdehnung der Ausführungsbestimmungen zu Zeiten von Epidemien in Erwägung zu nehmen sein.

II. Obliegenheiten des beamteten Arztes.

1. Pflicht zur Anstellung von Ermittelungen.

§ 6 Abs. 1 R.G. Die Polizeibehörde muß, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens einer der im § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten) Kenntnis erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet ist. In Notfällen kann der beamtete Arzt die Ermittelung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist.

§ 6 Abs. 1 P.G. Auf Erkrankungen, Verdacht der Erkrankungen und Todesfälle an Kindbettfieber, Typhus (Unterleibstyphus), sowie Erkrankungen und Todesfälle an Genickstarre, übertragbarer, Rückfallfieber, Ruhr, übertragbarer, Milzbrand, Rotz, Tollwut, Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, Trichinose finden die in den §§ 6 bis 10 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, enthaltenen Bestimmungen über die Ermittelung der Krankheit entsprechende Anwendung.

A.A. zu § 6 P.G. Der beamtete Arzt hat in jedem ersten Falle einer der in dem § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten — jedoch mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach — sowie in Verdachtsfällen von Kindbettfieber und Typhus unverzüglich an Ort und Stelle die erforderlichen Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und bei Typhus, Milzbrand und Rotz in jedem Falle, bei den übrigen Krankheiten, falls nach Lage des Falles erforderlich, eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen. Auch hat er der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht begründet ist, und ihr die sonst erforderlichen Mitteilungen zu machen.

In Notfällen kann der beamtete Arzt die Ermittelung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist.

§ 5 Abs. 1 B.G. s. S. 54.

Abs. 3: Die Feststellung von Diphtherie, Scharlach und Lungen- und Kehlkopfstuberkulose durch den beamteten Arzt hat nur zu erfolgen, wenn die Krankheiten nicht bereits von einem Arzte angezeigt oder festgestellt worden sind.

Über die Verpflichtungen des beamteten Arztes bestimmt § 6 Abs. 1 R.G., daß dieser, sobald er durch die Polizeibehörde von dem Ausbruch oder Verdachte des Auftretens einer gemeingefährlichen

Krankheit benachrichtigt worden ist, unverzüglich an Ort und Stelle Ermittelungen vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben hat, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruches begründet ist.

Durch § 6 Abs. 1 P.G. sind diese Bestimmungen auf die anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten — jedoch mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach — sowie auf Verdachtsfälle von Kindbettfieber und Typhus ausgedehnt. In den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 6 ist noch bestimmt, daß der Arzt der Polizeibehörde neben der Erklärung, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt, die sonst erforderlichen Mitteilungen zu machen hat.

Zu diesen Bestimmungen ist folgendes zu bemerken.

In der Begründung zu § 6 R.G. heißt es: „Erhält der beamtete Arzt durch die Polizeibehörde die Nachricht von dem Krankheitsausbruche, so ist er verpflichtet, die Ermittelungen vorzunehmen.“ Er darf sich also einer Requisition einer Ortspolizeibehörde nicht entziehen und würde sich durch eine Weigerung, ihr Folge zu leisten, strafbar machen.

Er hat die Ermittelung unverzüglich, d. h. als dringende Angelegenheit vorzunehmen, hinter der die Erledigung anderer dienstlicher und privater Geschäfte zurückstehen muß. Wie bereits hervorgehoben, bedeutet im Sinne des Gesetzes „unverzüglich“ „längstens in 24 Stunden“. Im Interesse einer erfolgreichen Seuchenbekämpfung darf der beamtete Arzt aber niemals so lange zögern. Die Ermittelung von Krankheitsfällen an seinem Wohnort hat er vielmehr sofort nach Empfang der Nachricht, die Ermittelung auswärtiger Fälle aber womöglich noch vor Sonnenuntergang vorzunehmen. Fälle von gemeingefährlichen Krankheiten, namentlich von Cholera, Pest, Fleckfieber oder Pocken, Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber oder Typhus wird er ohne jeden Aufschub in Angriff nehmen.

Wann darf der beamtete Arzt nach dem Gesetz Ermittelungen anstellen, ohne eine polizeiliche Mitteilung? Die Begründung zum Reichsgesetz sagt hierüber folgendes: „Geht ihm anderweit eine Nachricht zu, nach welcher das Auftreten eines bedrohlichen Krankheitsfalles weitere Kreise der Bevölkerung als gefährdet erscheinen läßt, so soll er der Not der Lage gerecht werden können und ohne polizeiliche Benachrichtigung die Feststellung vornehmen dürfen. Bei der Entscheidung der Frage, wann ein Notfall vorliegt, kann es auf sehr verschiedene Verhältnisse, z. B. Mangel anderer ärztlicher Hilfe, Auftreten der Krankheit in übervölkerten Stadtteilen oder in ungesunden Wohnungen, Heftigkeit des Krankheitsfalles, Vermutung, daß der Erkrankte sich entfernen will u. s. w. ankommen. Da hier nur das pflichtmäßige Ermessen des die Interessen des Gemeinwohls wahr-

nehmenden Arztes entscheidet, so muß das Gesetz sich darauf beschränken, diesem Ermessen den nötigen Spielraum zu lassen."

Bei der Entscheidung der Frage, ob er, ohne eine Benachrichtigung der Polizeibehörde abzuwarten, zur Anstellung einer Ermittelung zu schreiten hat oder nicht, hat also der beamtete Arzt lediglich nach eigenem, pflichtmäßigem Ermessen und nicht nach Weisung irgend eines Dritten zu verfahren.

Das Recht, in Notfällen Ermittelungen an Ort und Stelle vornehmen zu dürfen, ohne eine Aufforderung der Polizeibehörde erhalten zu haben, hat der beamtete Arzt aber nicht nur bei den 6 Krankheiten des Reichsgesetzes, sondern auch bei den übrigen übertragbaren Krankheiten, mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach (in Preußen) bezw. Diphtherie, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach (in Braunschweig). Bei diesen Krankheiten muß also der Kreisarzt auch in Notfällen untätig zuschauen.

Bei der Ermittelung ist zunächst die Art der Krankheit festzustellen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt, oder der Verdacht des Ausbruches begründet ist, selbstverständlich nur, insoweit dies ohne Ausführung einer bakteriologischen Untersuchung möglich ist. Handelt es sich z. B. um Aussatz, Cholera, Diphtherie, Genickstarre, Milzbrand, Pest, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus, so wird der beamtete Arzt zunächst nur sagen, daß nach dem Bilde, welches er sich von dem Falle gemacht hat, der Verdacht der Krankheit mehr oder weniger wahrscheinlich ist; er wird aber sofort die Entnahme von Untersuchungsmaterial und die Übersendung desselben an eine Untersuchungsstelle in die Wege leiten, der Polizeibehörde hiervon Mitteilung machen und sich eine Erklärung über die Natur der Krankheit bis nach Eingang der Antwort der Untersuchungsstelle vorbehalten.

Zu ermitteln und festzustellen ist ferner der Stand der Krankheit, d. h. das Stadium, in welches die Krankheit getreten ist, ob sie sich im Beginn, auf der Höhe oder im Abklingen befindet, ob Komplikationen oder Nachkrankheiten vorhanden oder zu befürchten sind u. s. w., Dinge, die für die Wahl der anzuordnenden Schutzmaßregeln von Wichtigkeit sind. Z. B. wird bei Typhus die Frage, ob der Kranke in ein Krankenhaus übergeführt werden kann, wesentlich davon abhängen, ob nach dem Stande der Krankheit der Eintritt einer Darmblutung zu befürchten ist oder nicht.

Zu ermitteln ist endlich der Umfang der Krankheit, d. h. ob es sich um eine vereinzelte oder um mehrere Erkrankungen handelt, und in letzterem Falle, ob sie in einer Familie, in einer Behausung, in einer Straße u. s. w. vorgekommen sind, ob sie miteinander zusammenhängen oder auf eine gemeinsame Quelle (Brunnen, Wasserleitung,

Molkerei, Gewerbebetrieb u. s. w.) zurückzuführen sind. Hierbei werden unter Umständen die Gemeindevorsteher, Lehrer, Fabrikleiter u. s. w. zu befragen, die Schulversäumnislisten, Listen der Krankenkassen, Sterbelisten der Standesämter einzusehen und sonstige Erkundigungen bei geeigneten Personen, z. B. Gendarmen, Geistlichen, Hebammen u. dgl., einzuziehen sein. Je weniger der beamtete Arzt sich die hiermit verbundene Mühe gleich anfangs verdrießen läßt, um so sicherer wird er der Entstehungsursache der Krankheit auf den Grund kommen und weitere Erkrankungen, soweit noch möglich, verhüten.

Das Nähere, worauf im einzelnen Falle die Ermittelungen zu richten sind, ist in den Anweisungen für die einzelnen Krankheiten eingehend erörtert.

Aussatz (Anweisung § 5): „Er hat genau zu ermitteln, wie lange die verdächtigen Krankheitserscheinungen schon bestanden haben, ferner wo und wie sich der Kranke vermutlich angesteckt hat. Insbesondere ist nachzuforschen, wo der Kranke sich in den letzten fünf Jahren vor Beginn der Erkrankung aufgehalten hat, und wo er mit Aussätzigen in Berührung gekommen ist."

Cholera (Anweisung § 12 Abs. 1): „Besonders wichtig ist es, bei den ersten Fällen in einem Orte eingehende Untersuchungen anzustellen, wo und wie sich die Kranken angesteckt haben."

Diphtherie (Anweisung § 6 Abs. 2): „Der Arzt hat genau zu ermitteln, wie lange die verdächtigen Krankheitserscheinungen schon bestanden haben, sowie wo und wie sich der Kranke vermutlich angesteckt hat. Insbesondere ist nachzuforschen, wo der Kranke sich in den letzten acht Tagen vor Beginn der Erkrankung aufgehalten hat, mit welchen Personen er in Berührung gekommen ist, ob in seiner Umgebung, auf seiner Arbeitsstätte oder in seiner Herberge, bei Kindern, welche die Schule besuchen, in der betreffenden Schulklasse, verdächtige Erkrankungen vorgekommen sind, ob er von auswärts Besuch oder Zuzug von Dienstboten, Lehrlingen u. dgl. erhalten hat und woher, ob der Kranke oder Angehörige von ihm in den letzten acht Tagen in anderen Ortschaften gewesen sind und in welchen."

Fleckfieber (Anweisung § 6). Die Vorschrift stimmt fast wörtlich mit der bei Diphtherie überein, nur ist statt acht vierzehn Tage gesagt, die Schulkinder sind nicht erwähnt, und zum Schluß heißt es: „ob Sendungen mit gebrauchten Kleidungsstücken, Wäsche u. dgl. in letzter Zeit eingetroffen sind und woher, ob der Kranke mit dem Auspacken oder Verarbeiten von Waren verdächtiger Herkunft beschäftigt gewesen ist, und woher diese stammen".

Genickstarre (Anweisung § 7 Abs. 2). Die Vorschrift stimmt wörtlich mit der bei Diphtherie überein, nur ist statt acht vierzehn Tage gesagt.

Kindbettfieber (Anweisung § 7 Abs. 2): „Der beamtete Arzt hat genau zu ermitteln, wie lange die verdächtigen Krankheitserscheinungen schon bestanden haben, und wie sich die Kranke vermutlich angesteckt hat. Insbesondere ist nachzuforschen, ob und von wem die Kranke in den letzten acht Tagen vor Beginn der Entbindung innerlich untersucht, von wem die Entbindung geleitet worden, sowie ob die Person, welche die Entbindung geleitet hat, die bei der Kranken tätige Hebamme und Wochenbettpflegerin mit einer Kindbettfieberkranken oder mit sonstigen kranken Personen in Berührung gekommen ist, endlich, ob und von wem während der Entbindung eine innere Untersuchung der Kranken vorgenommen worden ist."

Körnerkrankheit (Anweisung § 6 Abs. 2). Die Vorschrift stimmt wörtlich mit der bei Diphtherie überein, nur ist statt „acht Tagen" „in den letzten Wochen" gesagt.

Milzbrand (Anweisung § 7 Abs. 1, 2): „. . . . Wenn irgend ausführbar, ist sofort am Orte ein Versuchstier (weiße Maus, Meerschweinchen) mit milzbrandverdächtigem Material zu impfen. Der beamtete Arzt hat genau zu ermitteln, wie lange die verdächtigen Krankheitserscheinungen schon bestanden haben, sowie wo und wie sich der Kranke vermutlich angesteckt hat. Insbesondere ist im Einvernehmen mit dem beamteten Tierarzte nachzuforschen, ob der Kranke in den letzten 8—14 Tagen vor Beginn der Erkrankung mit krankem oder gefallenem Vieh, insbesondere Schafen, Rindern, Pferden, Schweinen oder Wild in Berührung gekommen ist, ob er mit der Sortierung oder der Verarbeitung von Fellen, Roßhaaren, Schafwolle, Lumpen u. dgl. beschäftigt gewesen, und ob auf seiner Arbeitsstätte verdächtige Erkrankungen vorgekommen sind, bei Darmmilzbrand auch, ob er ungenügend gekochtes Fleisch von milzbrandverdächtigen Tieren genossen hat, woher diese Nahrungsmittel stammten, und ob in den betreffenden Ställen verdächtige Tiererkrankungen vorgekommen sind."

Pest (Anweisung § 10 Abs. 2). Die Vorschrift stimmt wörtlich mit der bei Cholera überein.

Pocken (Anweisung § 6). Die Vorschrift stimmt fast wörtlich mit der bei Diphtherie überein, nur ist statt acht vierzehn Tage gesagt, die Schulkinder sind nicht erwähnt, und zum Schluß heißt es: „ob Sendungen mit gebrauchten Kleidungsstücken, Wäsche u. dgl. in letzter Zeit eingetroffen sind, und woher, ob der Kranke mit dem Auspacken u. s. w. von Waren verdächtiger Herkunft oder in einem Betriebe beschäftigt gewesen ist, in welchem Waren, die erfahrungsgemäß leicht Träger der Ansteckungsstoffe sein können, verarbeitet werden (Verkaufsstätten, Lagerräume und Reinigungsanstalten für Bettfedern, Roßhaare, Lumpen, ferner Papierfabriken, Kunstwollfabriken u. dgl.), und woher diese Ware stammte".

Rotz (Anweisung § 7 Abs. 2). Die Vorschrift „Der beamtete Arzt .... angesteckt hat“ ist gleichlautend wie bei Milzbrand. Dann heißt es: „Insbesondere ist im Einvernehmen mit dem beamteten Tierarzt nachzuforschen, wo der Kranke sich in den letzten vierzehn Tagen vor Beginn der Erkrankung aufgehalten hat, ob er mit rotzkranken oder rotzverdächtigen Tieren (Pferden, Eseln, Maultieren, Mauleseln, anderen Einhufern oder Raubtieren in zoologischen Gärten oder Katzen) oder Rotzmaterial im Laboratorium in Berührung gekommen ist, und ob auf seiner Arbeitsstätte (Roßschlächterei, Abdeckerei usw.) verdächtige Erkrankungen unter den dort etwa vorhandenen Pferden u. s. w. vorgekommen sind.“

Ruhr (Anweisung § 7 Abs. 2). Die Vorschrift stimmt fast wörtlich mit der bei Diphtherie überein, nur ist statt „8 Tage“ „4 Wochen“ gesagt. Zum Schluß ist hinzugefügt: „ob Sendungen mit gebrauchten Kleidungsstücken, Wäsche u. dgl. in letzter Zeit eingetroffen sind und woher; ob der Kranke Wasser aus einem verdächtigen Brunnen oder einer verdächtigen Wasserleitung getrunken oder Milch aus einem Gehöft, einer Molkerei oder Milchwirtschaft bezogen hat, in denen in jüngster Zeit Ruhrerkrankungen vorgekommen sind.“

Scharlach (Anweisung § 7 Abs. 2). Die Vorschrift stimmt fast wörtlich mit der bei Diphtherie überein, nur ist statt acht vierzehn Tage gesagt, auch ist zum Schluß hinzugefügt: „ob der Kranke Milch aus einem Gehöft, einer Meierei oder Milchwirtschaft bezogen hat, in denen in jüngster Zeit Scharlacherkrankungen vorgekommen sind; ob Sendungen mit gebrauchten Kleidungsstücken, Wäsche u. dgl. in letzter Zeit eingetroffen sind und woher, ob der Kranke mit dem Auspacken oder Verarbeiten von Waren verdächtiger Herkunft (Lumpen) beschäftigt gewesen ist, und woher diese stammen.“

Typhus (Anweisung § 7 Abs. 2). Die Vorschrift stimmt fast wörtlich mit derjenigen bei Ruhr überein.

Bis jetzt noch nicht erlassen sind Anweisungen für die Bekämpfung von Gelbfieber, übertragbare Geschlechtskrankheiten (Schanker, Syphilis und Tripper), Rückfallfieber, Tollwut sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere. Bei der Ermittelung dieser Krankheiten werden die vorstehend angedeuteten Gesichtspunkte im allgemeinen gleichfalls zu berücksichtigen sein. Im einzelnen ist folgendes zu beachten: Gelbfieber ist eine überseeische, an den tropischen und subtropischen Küsten von Amerika und Westafrika heimische, durch Insekten übertragbare Krankheit. — Die übertragbaren Geschlechtskrankheiten werden fast nur durch Berührung von Person zu Person, und zwar meistens beim Geschlechtsverkehr, ausnahmsweise auch durch Gebrauchsgegenstände (Pfeifen, Blasrohr der Glasbläser u. dgl.) übertragen, die Blennorrhöe

der Neugeborenen entsteht durch das Scheidensekret der an Tripper leidenden Mutter. — Rückfallfieber wird durch blutsaugende Insekten übertragen, besonders in niedrigen Herbergen (Pennen) und in engen überfüllten Wohnungen. — Die Tollwut entsteht durch den Biß toller Tiere (Hunde, Katzen, Rinder, Pferde) oder Menschen und hat eine Inkubationszeit von wenigen Wochen bis zu 10 Monaten.

Handelt es sich um die Ermittelung einer der in den Seuchengesetzen nicht namentlich aufgeführten übertragbaren Krankheiten — z. B. Influenza, Keuchhusten, Malaria, Masern und Röteln — so wird außer den bei Diphtherie u. s. w. gegebenen Gesichtspunkten noch folgendes zu beachten sein: Influenza scheint eine außerordentlich kurze Inkubationszeit zu haben, welche meist nur wenige Tage beträgt; die Übertragung findet durch Einatmung der beim Husten, Räuspern, Niesen, Sprechen u. s. w. verspritzenden frischen Schleimtropfen sowie durch die von Kranken gebrauchte Wäsche (Taschentücher) und Kleidungsstücke statt. — Keuchhusten wird in gleicher Weise übertragen, hat aber eine in der Regel längere Inkubationszeit, welche nach Müller zwischen 2 und 14 Tagen schwankt. Ihre Übertragung findet wohl hauptsächlich in den Anlagen und auf den Plätzen statt, wo sich die Ammen und Kindermädchen mit den ihrer Obhut anvertrauten Kleinen ein Stelldichein zu geben pflegen. — Malaria wird durch stechende Insekten (Mücken, Anopheles) übertragen und hat eine Inkubationsdauer, welche nach Romberg zwischen 6 und 21 Tagen schwankt. Man wird besonders auf Personen zu achten haben, welche aus Fiebergegenden (Ostfriesland, Dithmarschen, Tropen) zugereist sind. — Masern ist eine überaus leicht übertragbare Krankheit. Die Inkubationszeit beträgt 10 bis 15, in der Regel 13 Tage. Die Ermittelung wird nach der für Scharlach gültigen Vorschrift zu erfolgen haben. — Die Röteln treten wegen ihrer überaus leichten Übertragbarkeit nur bei Kindern und nur in Epidemien auf; ihre Inkubationszeit beträgt durchschnittlich 14 Tage.

Es bedarf der Erörterung, weshalb der beamtete Arzt in Preußen nicht auch bei Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach Ermittelungen anzustellen hat. Nach § 6 Abs. 4 P.G. hat bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach die Ortspolizeibehörde nur die ersten Fälle ärztlich feststellen zu lassen, und dies auch nur dann, wenn sie nicht von einem Arzte angezeigt sind. Von einer Ermittelung und Feststellung von Lungen- und Kehlkopftuberkulose ist im Gesetz überhaupt nicht die Rede.

Die Begründung zu § 6 P.G. sagt darüber folgendes: „Bei der Frage, ob und inwieweit die in den §§ 6 bis 10 des Reichgesetzes enthaltenen Bestimmungen über die Ermittelung der Krankheit auch auf andere übertragbare Krankheiten auszudehnen sind, ist es geboten,

alle diejenigen Krankheiten zu treffen, bei deren Charakter zum Zweck einer erfolgreichen Verhinderung ihrer Ausbreitung gerade die Feststellung der ersten Fälle durch den beamteten Arzt unerläßlich ist. Danach ist es für erforderlich erachtet, bei Erkrankungen und Todesfällen an übertragbarer Genickstarre, übertragbaren Ruhr, Milzbrand, Tollwut, Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung und Trichinose, sowie an Kindbettfieber, Rückfallfieber, Typhus und Rotz, behufs schleuniger und sicherer Feststellung der Entstehungsursachen die Ermittelungen an Ort und Stelle durch den beamteten Arzt vornehmen zu lassen.“ Aus diesen Sätzen geht nur hervor, daß man bei Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach die Mitwirkung des beamteten Arztes nicht für unerläßlich gehalten hat, aber die Gründe für diese Auffassung wurden nicht mitgeteilt.

Ehe auf diese Gründe näher eingegangen wird, sei bemerkt, daß Abs. 3 von § 6 des ursprünglich dem Abgeordnetenhause vorgelegten Entwurfes lautete: „Die ersten Fälle der vorstehend nicht genannten Krankheiten (§ 1) hat, falls sie nicht von einem Arzte angezeigt sind, die Ortspolizeibehörde ärztlich feststellen zu lassen.“ Diese Bestimmnng, welche sich auch auf Lungen- und Kehlkopftuberkulose mitbezog, wurde jedoch auf Antrag aus dem Hause der Abgeordneten beseitigt und durch den jetzigen Abs. 4 von § 6 des Gesetzes ersetzt, in dem durch die ausdrückliche Nennung von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach die Lungen- und Kehlkopftuberkulose gänzlich ausgeschaltet ist. Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose werden also auch dann nicht näher darauf geprüft, ob wirklich diese Krankheit vorgelegen hat oder nicht, wenn sie nicht durch einen Arzt oder wenn sie überhaupt nicht der Polizeibehörde angezeigt sind. Die Zukunft wird bald genug lehren, wie unheilvoll diese Änderung des Gesetzentwurfes gewesen ist, durch welche jede Beteiligung des Arztes bei der sanitätspolizeilichen Bekämpfung dieser furchtbaren Seuche ausgeschlossen ist.

Nun zu Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach. Hierzu erklärte bei der Beratung des Gesetzentwurfes in der Kommission des Abgeordnetenhauses der Kommissar des Herrn Medizinalministers: „Bei diesen Krankheiten ist die Mitwirkung des beamteten Arztes in der Mehrzahl der Fälle entbehrlich. Es ist dabei auch zu berücksichtigen, daß bei der Häufigkeit dieser Krankheiten und bei der großen Ausdehnung zahlreicher Kreise ein Kreisarzt gar nicht ausreichen würde, um alle Krankheitsfälle feststellen zu können. Er würde genötigt sein, seine sonstigen Dienstgeschäfte zu vernachlässigen. Es kommen hierbei hauptsächlich Diphtherie und Scharlach in Betracht, welche für jeden Arzt ohne weiteres erkennbar sind.“ Wie der Kommissar des Herrn Finanzministers hinzufügte, würden die Kosten der

Ermittelung dieser Krankheiten durch den Kreisarzt größer sein, als wenn die Ermittelung durch praktische Ärzte stattfände.

Zur Erläuterung hierzu sei angeführt, daß nach den amtlichen Wochennachweisungen in Preußen in den 8 Wochen vom 30. Dez. 06 bis zum 23. Febr. 07 einschließlich an Erkrankungen gemeldet sind an Rückfallfieber und Tollwut je 1, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung 8, Pocken 10, Milzbrand 23, Ruhr 43, Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere 44, Genickstarre 274, Kindbettfieber 1099, Körnerkrankheit 1266, Typhus 1616, Scharlach 10049 und Diphtherie 11543, zusammen 25997. Von diesen kamen auf die amtsärztlich zu ermittelnden Krankheiten zusammen 3119 = 12 Proz., auf die ärztlich zu ermittelnden (Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach) zusammen aber 22878 = 88 Proz., also mehr als siebenmal so viel. Wenn dies auch dafür spricht, daß die Pflicht, auch diese Krankheiten zu ermitteln, zu einer Überlastung der Kreisärzte führen könnte, so darf doch andererseits nicht übersehen werden, einmal, daß die Pflicht sich ja nicht auf alle, sondern nur auf die jedesmal ersten Fälle in einer Ortschaft erstreckt, also nicht mit allzuviel Arbeit verknüpft wäre, und zweitens, daß, wie sich schon jetzt herausgestellt hat, die Ermittelung der Fälle durch Privatärzte sich in der Mehrzahl der Fälle nicht nur nicht billiger, sondern sogar teurer für die Staatskasse stellt, als wenn sie durch beamtete Ärzte angestellt würde.

Einer Untersuchung bedarf die Frage, ob vollbesoldete Kreisärzte, welchen nach dem Kreisarztgesetz die Ausübung der ärztlichen Privatpraxis mit Ausnahme von dringenden Fällen untersagt ist, dem Ersuchen der Ortspolizeibehörde, Fälle von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach festzustellen, überhaupt nachkommen dürfen. Diese Frage muß bejaht werden, da die Feststellung übertragbarer Krankheiten eine dringende Angelegenheit ist. Es würde auch dem ganzen Sinne des Gesetzes widerstreiten, wenn man dem vollbesoldeten Kreisarzt das Recht, bei der Feststellung dieser Krankheiten mitzuwirken, beschränken wollte. Denn gerade die Mitwirkung bei der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten ist eine Hauptaufgabe der Kreisärzte, und zumal der vollbesoldeten. Jedoch braucht der vollbesoldete Kreisarzt, welcher den Auftrag, eine dieser drei Krankheiten festzustellen, ausführt, die hierfür zuständigen Gebühren nicht an die Staatskasse abzuführen, weil es sich dabei nicht um eine Amtshandlung, sondern um die Ausübung von Privatpraxis handelt.

In Braunschweig hat man die Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie und Scharlach — nicht von Körnerkrankheit — ebenso wie in Preußen für entbehrlich gehalten, wenn sie von einem Arzte angezeigt sind. Man hat aber, abweichend von Preußen, vorgeschrieben, daß in den Fällen, die nicht von einem Arzte angezeigt sind, nicht ein Privatarzt, sondern der beamtete Arzt die Ermittelung vorzu-

nehmen hat, und hat, gleichfalls abweichend von Preußen, diese Bestimmung auch auf Lungen- und Kehlkopftuberkulose ausgedehnt. Welchen Vorzug dies bedeutet, wurde bereits hervorgehoben.

2. Recht des Zutritts zu dem Kranken und Vornahme von Untersuchungen.

§ 7 R.G. Dem beamteten Arzte ist, soweit er es zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält, der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Auch kann bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

§ 6 P.G. . . . . . Befindet sich jedoch der Kranke in ärztlicher Behandlung, so ist dem beamteten Arzte der Zutritt untersagt, wenn der behandelnde Arzt erklärt, daß von dem Zutritt des beamteten Arztes eine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens des Kranken zu befürchten ist. Vor dem Zutritt des beamteten Arztes ist dem behandelnden Arzt Gelegenheit zu dieser Erklärung zu geben.

Außerdem ist bei Kindbettfieber oder Verdacht desselben dem beamteten Arzt der Zutritt nur mit Zustimmung des Haushaltungsvorstandes gestattet.

Auch kann bei Typhus- oder Rotzverdacht eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

§ 6 B.G. . . . . . mit der Maßgabe, daß der Zutritt zu dem in ärztlicher Behandlung befindlichen Kranken dem beamteten Arzte untersagt ist, wenn nach pflichtgemäßer Erklärung des behandelnden Arztes von dem Zutritte des beamteten Arztes eine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens des Kranken zu befürchten ist.

Bei Typhus- oder Rotzverdacht kann außerdem eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

Der beamtete Arzt kann natürlich die ihm aufgetragenen Ermittelungen über den Krankheitsfall nicht vornehmen und die Erklärung, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt, oder der Ver-

dacht des Ausbruches begründet ist, nicht abgeben ohne eine Besichtigung und Untersuchung des Kranken oder der Leiche. Es muß ihm daher auf Verlangen der Zutritt gestattet werden. Dies bringt § 7 Abs. 1 Satz 1 R.G. zum Ausdruck. Wird dem beamteten Arzte der Zutritt verweigert, so hat er die Polizeibehörde anzurufen, welche verpflichtet ist, ihm den Zutritt zu ermöglichen. Außerdem wird durch § 45 Ziff. 2 R.G. mit Geldstrafe von 10—150 M. oder mit Haft nicht unter einer Woche bedroht, „wer im Falle des § 7 dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert".

Es gibt aber vereinzelte Fälle, die auf Grund anderweitiger Ermittelungen so klar sind, daß die Besichtigung des Kranken oder der Leiche nicht ganz unbedingt erforderlich ist. Auch kann es in seltenen Ausnahmefällen vorkommen, daß von dem Zutritt des beamteten Arztes zu dem Kranken eine Verschlimmerung seines Leidens befürchtet werden muß. Beiden Verhältnissen trägt die Bestimmung des § 7 Abs. 1 Satz 1 R.G. Rechnung, daß der Zutritt dem beamteten Arzte nur zu gestatten ist, „soweit er es zur Feststellung der Krankheit für e r f o r d e r l i c h und ohne Schädigung des Kranken für z u l ä s s i g hält".

Die Bestimmung des § 7 Abs. 1 Satz 1 R.G. findet nach § 6 Abs. 1 Satz 1 P.G. auf die Krankheiten des preußischen Gesetzes mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach Anwendung, auch wird durch § 35 Ziff. 2 P.G. mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bedroht, wer „dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert". Allein nach § 6 Abs. 1 Satz 2 und 3 P.G. hat bei den Krankheiten des preußischen Gesetzes der beamtete Arzt in den Fällen, in welchen der Kranke sich in ärztlicher Behandlung befindet, nicht selbst zu entscheiden, ob sein Zutritt zu diesem Kranken zulässig ist oder nicht, sondern die Entscheidung dieser Frage ist in die Hand des behandelnden Arztes gelegt.

Diese Bestimmung, welche in dem ursprünglichen Entwurf nicht enthalten war und erst bei der Beratung im Abgeordnetenhause in das Gesetz hineingekommen ist, verdankt ihre Entstehung der Absicht, empfindsame Kranke vor der Schädigung, die sie durch den Zutritt eines ihnen bisher unbekannten Mannes möglicherweise erfahren können, tunlichst zu bewahren.

Allein derartige Befürchtungen sind doch unberechtigt oder mindestens übertrieben und übersehen, daß der beamtete Arzt zwar dem Kranken vielleicht fremd, aber doch eben ein Arzt ist, der die Rücksichten, welche er auf Kranke zu nehmen hat, kennt. Auch darf angenommen werden, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der

Zutritt des beamteten Arztes zu dem Kranken keinerlei Nachteil für letzteren haben wird; ausnahmsweise kann dies der Fall sein, wenn der Kranke z. B. psychisch erregt, im Stadium der Krisis befindlich ist oder kurz zuvor eine bedrohliche Blutung gehabt hat. In solchen Fällen wird ein taktvoller beamteter Arzt, zumal wenn er dem Kranken nicht persönlich bekannt ist, die erforderlichen Erkundigungen von dem behandelnden Arzte einziehen und freiwillig auf den Zutritt zu dem Kranken verzichten.

Die Durchführung dieser, im Interesse des Kranken getroffenen Bestimmungen ist aber ohne Nachteil für die Allgemeinheit nur möglich, wenn der behandelnde und der beamtete Arzt in einem wahrhaft kollegialen Verhältnis zueinander stehen, und beide von der Wichtigkeit des Zusammenarbeitens durchdrungen sind. Man hat wohl die Befürchtung geäußert, daß ein behandelnder Arzt, der mit dem beamteten Arzte irgendwelche persönliche Differenz hat, ihm auf Grund dieser Bestimmung den Zutritt zu dem Kranken ohne triftigen Grund verweigern könnte. Diese Befürchtung trifft hoffentlich nicht zu. Unsere Ärzte werden sicherlich in jedem Falle die persönlichen den sachlichen Interessen unterzuordnen wissen. Sicherlich werden beide Teile, sowohl der behandelnde wie der beamtete Arzt, in jedem Falle mit Erfolg bemüht sein, das Wohl des Kranken und das Interesse der Allgemeinheit an einer wirksamen Bekämpfung der Krankheit miteinander in Einklang zu bringen.

Es muß aber hier ausdrücklich festgestellt werden, daß das Recht, dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken zu verweigern, der behandelnde Arzt bei den Krankheiten des Reichsgesetzes, also bei Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken, n i c h t hat, und daß er dem beamteten Arzte den Zutritt zu der L e i c h e auch bei den Krankheiten des preußischen Gesetzes niemals verweigern darf.

Um dem behandelnden Arzte die Möglichkeit zu der Abgabe der ihm nach § 6 Abs. 1 Satz 2 P.G. zustehenden Erklärung zu geben, wird in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen folgendes bestimmt:

„Der beamtete Arzt hat in jedem Falle, bevor er seine Ermittelungen vornimmt, festzustellen, ob der Kranke sich in ärztlicher Behandlung befindet, und, wenn dies der Fall, den behandelnden Arzt von seiner Absicht, den Kranken aufzusuchen, so zeitig in Kenntnis zu setzen, daß dieser sich spätestens gleichzeitig mit dem beamteten Arzt in der Wohnung des Kranken einzufinden vermag.“

Hierdurch wird dem Kreisarzte dasselbe Verfahren vorgeschrieben, wie es zwischen Ärzten bei der Vereinbarung ärztlicher Konsultationen üblich ist. In Ortschaften, in welchen sich ein Fernsprecher befindet, oder wo die Benutzung des Telegraphen möglich ist, wird es sich in der Regel ermöglichen lassen, daß der behandelnde Arzt und der

Kreisarzt sich behufs Vornahme der Ermittelungen am Krankenbette treffen. Das Gesetz schreibt aber keineswegs vor, daß dem beamteten Arzte der Zutritt zu dem Kranken untersagt ist, wenn der behandelnde Arzt, trotzdem ihm von dem beamteten Arzte die Gelegenheit zur Abgabe seiner Erklärung rechtzeitig gegeben war, nicht erscheint und die ihm zustehende Erklärung nicht abgibt. Vielmehr hat der beamtete Arzt seine Pflicht gegenüber dem behandelnden Arzte erfüllt, wenn er die vorgeschriebene Mitteilung gemacht hat, und hat nunmehr vollkommen freie Hand, soweit nicht nur die privaten Interessen des Kranken, sondern auch die öffentlichen Interessen der Allgemeinheit in Betracht kommen.

Das braunschweigische Gesetz nimmt übrigens bezüglich des Zutrittsrechtes des beamteten Arztes denselben Standpunkt ein wie das preußische.

Eine sehr bedenkliche Einschränkung des Zutrittsrechts des beamteten Arztes enthält § 6 Abs. 2 P.G., welche bei Kindbettfieber oder Verdacht desselben für den beamteten Arzt den Zutritt nicht nur von der Zustimmung des behandelnden Arztes, sondern auch von derjenigen des Haushaltungsvorstandes abhängig macht. Der Grund für diese Bestimmung, welche gleichfalls durch das Abgeordnetenhaus in das Gesetz hineingebracht worden ist, war der, daß man den Zutritt eines fremden Arztes zum Krankenbett bei einer Wöchnerin für besonders bedenklich hielt. Die Aufnahme dieser an sich wohlgemeinten Bestimmung hat jedoch große Bedenken. Für die Wöchnerin gefährlich könnte nur eine innere Untersuchung sein und auch nur dann, wenn der beamtete Arzt bei ihrer Vornahme jede Vorsicht außer acht ließe; deshalb wird in § 9 der Anweisung für die Bekämpfung des Kindbettfiebers die Vornahme einer inneren Untersuchung dem beamteten Arzte ausdrücklich untersagt. Wie aber soll der beamtete Arzt mit Sicherheit feststellen, ob es sich wirklich um Kindbettfieber handelt oder nicht, wenn kein behandelnder Arzt vorhanden ist, und der Haushaltungsvorstand ihm aus Unverstand oder aus sonstigen unberechtigten Gründen den Zutritt zu der Kranken untersagt, es ihm also nicht möglich macht, die Kranke zu befragen und durch Feststellung der Körperwärme und der Pulsfrequenz und durch Untersuchung des Wochenflusses sich ein Bild von der Erkrankung zu machen? Die Befragung der Hebamme reicht dazu nicht aus. Hoffentlich gelingt es den beamteten Ärzten, durch gütliches Zureden sich den Zutritt auch zu Wöchnerinnen zu verschaffen! Sonst wird es kaum gelingen, das für die Frauenwelt so unheilvolle Kindbettfieber einzudämmen.

Nach § 7 Abs. 1 Satz 1 R.G. ist dem beamteten Arzte auch die Vornahme der zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Durch § 6 Abs. 1 Satz 1 P.G. ist diese Bestimmung auf die Krankheiten des preußischen Gesetzes — wieder

mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach — ausgedehnt worden. Durch diese Bestimmung erhält der beamtete Arzt das Recht nicht nur zur körperlichen Untersuchung, sondern auch zur Entnahme von Material zur bakteriologischen Untersuchung. Bei den Krankheiten des Reichsgesetzes — Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken — ist dies zulässig bei kranken, krankheits- und ansteckungsverdächtigen Personen, bei den Krankheiten des preußischen Gesetzes ist es bei Genickstarre, Milzbrand und Ruhr nur bei Kranken, bei Rotz, Rückfallfieber und Typhus bei kranken und krankheitsverdächtigen Personen zulässig. Bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Tuberkulose dagegen kann die Entnahme von Untersuchungsmaterial nicht erzwungen werden.

Es wurde schon mehrfach betont, daß § 7 R.G. auf Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach keine Anwendung findet. Daraus folgt, daß einem Arzte, welchen die Ortspolizeibehörde auf Grund von § 6 Abs. 4 P.G. mit der Feststellung dieser Krankheiten beauftragt, der Zutritt zu dem Kranken nur mit Zustimmung des Haushaltungsvorstandes gestattet ist, und daß auch der beamtete Arzt in diesem Falle den Zutritt zu dem Kranken nicht erzwingen kann.

§ 7 Abs. 1 Satz 2 R.G. verleiht den Polizeibehörden das Recht, bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht eine Öffnung der Leiche anzuordnen, „insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält“. Durch § 6 Abs. 3 P.G. wird diese Befugnis auch auf Typhus- und Rotzverdacht ausgedehnt, jedoch wird in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 6 Ziff. 3 bestimmt, daß die Anordnung der Leichenöffnung zum Zwecke der Feststellung der Krankheit nur dann stattfinden soll, „wenn die bakteriologische Untersuchung der Absonderungen und des Blutes (Agglutination) zur Feststellung nicht ausreicht oder nach Lage des Falles nicht ausführbar ist“. Diese Bestimmung ist vor allem deswegen getroffen worden, weil die Leichenöffnung bei diesen Krankheiten gefährlich ist. Jede Öffnung einer Cholera-, Pest- oder Rotzleiche ist nicht nur für den Obduzenten, sondern auch für die sonst bei der Öffnung gegenwärtigen Personen mit erheblicher Ansteckungsgefahr verbunden, zumal wenn sie in einem ungeeigneten Raume ausgeführt werden muß. Wenn es daher möglich ist, von der Leiche Material zur bakteriologischen Untersuchung zu entnehmen und auf Grund dieser Untersuchung ein zuverlässiges Urteil zu erlangen, so wird man von der Ausführung der Obduktion unbedenklich Abstand nehmen können. Außerdem kommt die Pietät gegen die Angehörigen in Betracht, welche erheischt, daß Obduktionen nur vorgenommen werden, wenn sie unbedingt notwendig sind. Die Begründung zu § 7 R.G. sagt hierzu: „Übrigens wird in allen Fällen die Schonung

der Empfindungen der Hinterbliebenen sich von selbst verstehen; denn in den meisten Fällen wird, ohne weitere Verletzung der Leiche, ein leichter Eingriff in den von der Krankheit zunächst betroffenen Körperteil für den Arzt genügen.“ Dies ist zweifellos richtig. Bei Cholera und Typhus genügen unter Umständen schon einige Dünndarmschlingen, bei Pest und Rotz einige Drüsen oder Organteile (Milz, Lunge), um die Stellung der Diagnose zu ermöglichen.

3. Zuziehung des behandelnden Arztes zu den Untersuchungen.

§ 7 Abs. 2 R.G. Der behandelnde Arzt ist berechtigt, den Untersuchungen, insbesondere auch der Leichenöffnung, beizuwohnen.

A. A. zu § 6 P.G. Ziff. 2 Abs. 3 Satz 2. Auch hat er den behandelnden Arzt, soweit dieser es wünscht, zu den Untersuchungen, welche zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlich sind, namentlich auch zu einer etwa erforderlichen Leichenöffnung, rechtzeitig vorher einzuladen.

§ 7 Abs. 2 R.G. legt dem behandelnden Arzte das Recht bei, den Untersuchungen, insbesondere auch der Leichenöffnung beizuwohnen. Durch § 6 Abs. 1 P.G. wird dieses Recht auch auf die übrigen übertragbaren Krankheiten — mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach — ausgedehnt. Durch die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 6 Ziff. 2 Abs. 3 wird der Kreisarzt verpflichtet, den behandelnden Arzt, soweit dieser es wünscht, zu den Untersuchungen, welche zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlich sind, namentlich auch zu einer etwa erforderlichen Leichenöffnung rechtzeitig vorher einzuladen. Nicht vorgeschrieben, aber wohl eine Pflicht der Höflichkeit ist es, daß der Kreisarzt den behandelnden Arzt von dem Ergebnis etwaiger bakteriologischer Untersuchungen in Kenntnis setzt, soweit dies nicht schon durch die Untersuchungsanstalt geschieht. Die Begründung zu § 7 R.G. sagt hierüber:

„Dem Wunsche des behandelnden Arztes wird es in vielen Fällen entsprechen, den Untersuchungen des beamteten Arztes, insbesondere der Leichenöffnung beizuwohnen. Auch wird seine Gegenwart hierbei zur Beruhigung des Kranken sowie der Angehörigen des Kranken oder Verstorbenen beitragen.“ Dies ist sicher zutreffend. Gegenüber diesen weitgehenden Rechten, welche das Gesetz dem behandelnden Arzte verleiht, muß es als eine Lücke empfunden werden, daß das Gesetz die Ärzte, welche die Ortspolizeibehörde mit der Feststellung von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach beauftragt, zu keinerlei Mitteilungen an den beamteten Arzt verpflichtet hat. Es darf von dem Entgegenkommen der Ärzte erhofft werden, daß sie diese Mitteilungen in der Mehrzahl der Fälle freiwillig machen werden, um

auf diese Weise den beamteten Arzt zur Erfüllung seiner Aufgabe, den Gesundheitszustand seines Kreises zu beobachten, in den Stand zu setzen.

Mit je größerer Kourtoisie die beamteten Ärzte bei der Seuchenfeststellung und -bekämpfung den praktischen Ärzten entgegenkommen, umsomehr werden diese sich als Kollegen und als Bundesgenossen der beamteten Ärzte fühlen, und umsomehr werden sie es sich angelegen sein lassen, sie in ihrer wichtigen aber keineswegs leichten Aufgabe im Interesse der Volksgesundheit unterstützen.

4. Zuziehung anderer Beamten zu den Untersuchungen.

A. A. zu § 6 P.G. Ziff. 2 Abs. 4. In Fällen von Milzbrand und Rotz hat der beamtete Arzt die Ermittelungen im Benehmen mit dem beamteten Tierarzt vorzunehmen.

In Fällen von Milzbrand und Rotz hat der Kreisarzt nicht nur den etwa vorhandenen behandelnden Arzt, sondern auch den Kreistierarzt zu dem Besuche des Kranken einzuladen. Während er aber seine Ermittelungen vornehmen darf, auch wenn der behandelnde Arzt auf seine Einladung nicht erscheint, so darf er dies nicht tun, bevor der Kreistierarzt erschienen ist. Diese Bestimmung ist darin begründet, daß Erkrankungen an Milzbrand und Rotz beim Menschen in der Regel gleichzeitig mit entsprechenden Erkrankungen in den Viehbeständen vorkommen, und daher ein gemeinsames Vorgehen auf sanitäts- und veterinärpolizeilichem Gebiete erforderlich ist, um einer Ausbreitung der Krankheit vorzubeugen. Aus dieser Bestimmung erwächst aber sowohl für den Kreistierarzt als auch für den Kreisarzt die Pflicht, über den Gang der für den Menschen gefährlichen Tierkrankheiten sich gegenseitig regelmäßig auf dem Laufenden zu erhalten. In je engerer Fühlung diese beiden Gesundheitsbeamten miteinander stehen, mit um so weniger Schwierigkeiten wird die Durchführung dieser Bestimmung für beide Teile verbunden sein.

Es muß vom Standpunkte der Sanitätspolizei der größte Wert darauf gelegt werden, daß als Gegenleistung für die dem Kreisarzt auferlegte Verpflichtung, den Kreistierarzt hinzuzuziehen, auch dem letzteren die Pflicht auferlegt werden möge, bei Seuchenausbrüchen im Viehbestande auch den Kreisarzt zu beteiligen.

Bei der Prüfung der Frage, ob und inwieweit gewisse Gewerbebetriebe — z. B. bei Milzbrand Abdeckereien, Schlächtereien, Gerbereien, Roßhaarspinnereien, Wollsortierereien, Bürsten- und Pinselfabriken, Lumpenhandlungen und Papierfabriken — an der Entstehung und Verbreitung einer übertragbaren Krankheit beteiligt sind, wird der beamtete Arzt sich mit dem Gewerbeinspektor ins Benehmen zu setzen haben. Bei der Ermittelung übertragbarer Krankheiten in Schulen, Pensionaten, Alumnaten u. s. w. hat er sich er-

forderlichenfalls der Mitwirkung des Kreisschulinspektors zu versichern. Bei der Prüfung, ob die Entstehung einer Seuche, z. B. Cholera, Ruhr oder Typhus, mit einem zentralen Wasserwerk in Verbindung zu bringen ist, wird er sich zweckmäßigerweise mit dem Kreisbauinspektor in Benehmen setzen.

Schon § 18 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 schreibt vor: „Mit den technischen Beamten des Kreises (Kreisbauinspektor, Gewerbeinspektor, Kreisschulinspektor, Kreistierarzt) hat sich der Kreisarzt über die ihren amtlichen Wirkungskreis mitberührenden Fragen des Gesundheitswesens ins Benehmen zu setzen".

5. Befugnis des beamteten Arztes zu selbständigen Anordnungen.

§ 9 R.G. **Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. Der Vorsteher der Ortscheft hat den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweitige Verfügung getroffen wird.**

A. A. zu § 6 P.G. Abs. 2. Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. Diese Anordnungen sind dem Betroffenen schriftlich zu geben. Der Gemeindevorstand hat, falls er nicht selbst die Polizeiverwaltung führt, den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der Polizeibehörde anderweite Verfügung getroffen wird.

Im allgemeinen gilt als Grundsatz, daß die Polizeibehörde zur Anordnung der erforderlichen Schutzmaßregeln ermächtigt ist, und der beamtete Arzt lediglich sein Gutachten zu erstatten hat. Die ausnahmlose Durchführung dieses Grundsatzes kann jedoch unter Umständen, wie die Begründung zu § 9 R.G. ausführt, „eine verhängnisvolle Verzögerung der Maßnahmen herbeiführen, und zwar insbesondere wenn die Krankheit an einem von dem Sitze der Polizeibehörde entfernten Orte ausbricht. Letztere Voraussetzung kann selbst dann zutreffen, wenn durch die Landesregierung die örtliche Behörde mit den im Gesetz allgemein der Polizeibehörde übertragenen Verrichtungen betraut wird, z. B. auf Einzelhöfen, in einem Teile einer aus mehreren räumlich getrennten Ortschaften bestehenden Gemeinde Organe dieser Behörde nicht immer vorhanden sind. Daher muß für den Fall der Gefahr dem beamteten Arzte die Befugnis eingeräumt werden, selb-

ständig die ersten Anordnungen zu treffen und zu diesem Behufe die Beihilfe der örtlichen Behörde in Anspruch zu nehmen." Dieses Recht wird dem beamteten Arzt sowohl durch das Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 als auch durch das Kreisarztgesetz vom 16. Sept. 1899 verliehen. Beide Bestimmungen, die fast wörtlich übereinstimmen, seien nachstehend neben einandergestellt:

Reichsseuchengesetz § 9.

„Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. Der Vertreter der Ortschaft hat den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweitige Verfügung getroffen wird."

Reichsseuchengesetz § 46.

„Mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer den im Falle des § 9 von dem beamteten Arzte . . . . getroffenen Anordnungen . . . . zuwiderhandelt."

P. Kreisarztgesetz § 8.

„Bei Gefahr im Verzuge kann der Kreisarzt, wenn ein vorheriges Benehmen mit der Ortspolizeibehörde nicht angängig ist, die zur Verhütung, Feststellung, Abwehr und Unterdrückung einer gemeingefährlichen Krankheit erforderlichen vorläufigen Anordnungen treffen. Diesen Anordnungen hat der Gemeindevorstand Folge zu leisten.

„Die getroffenen vorläufigen Anordnungen sind den Beteiligten durch den Kreisarzt entweder zu Protokoll oder durch schriftliche Verfügung zu eröffnen.

„Die vorläufigen Anordnungen sind dem Landrat und der Ortspolizeibehörde sofort mitzuteilen. Sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Stelle anderweitig Verfügung getroffen wird.

Wer den von dem Kreisarzt getroffenen vorläufigen Anordnungen zuwiderhandelt, wird, sofern nicht die Vorschrift des § 327 des Reichsstrafgesetzbuches Platz greift, mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bestraft."

Beide Bestimmungen stimmen fast wörtlich überein. Das Kreisarztgesetz geht nur über das Reichsseuchengesetz hinaus, indem es anordnet, daß der Kreisarzt seine vorläufigen Anordnungen nicht nur der Polizeibehörde, sondern auch den Beteiligten und dem Landrat schriftlich mitzuteilen hat.

Durch § 6 Abs. 1 P.G. werden diese Bestimmungen auch auf die Krankheiten des preußischen Seuchengesetzes — mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach — ausgedehnt.

Die Vorschrift, daß der Kreisarzt seine vorläufigen Anordnungen den Betroffenen schriftlich zu geben hat, hat einen doppelten Zweck. Einmal soll dadurch jedes Mißverständnis ausgeschlossen, und die sichere Durchführung der Anordnungen gewährleistet werden; und zweitens soll die schriftliche Mitteilung verhindern, daß der Betroffene im Falle der Nichtdurchführung der Anordnung sich mit einem angeblichen Mißverständnis entschuldigen kann.

Daß der Kreisarzt außer dem Betroffenen auch die Ortspolizei-

behörde und den Landrat von seiner Anordnung schriftlich in Kenntnis zu setzen hat, ist eigentlich selbstverständlich, da die Ortspolizeibehörde ja der eigentliche Dominus negotii ist, der Landrat aber über alle vom Kreisarzt getroffenen Anordnungen unterrichtet sein muß.

III. Pflicht der anzeigepflichtigen Personen zur Auskunftserteilung.

§ 7 Abs. 3 R.G. **Die in §§ 2 und 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen.**

A. A. zu § 6 P.G. 7. Die in den §§ 2 und 3 des Gesetzes aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzt und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen.

Bei seinen Ermittelungen über die Art, den Stand und den Umfang der Krankheit muß der beamtete Arzt in der Lage sein, sich durch Befragen der Angehörigen, des Arztes und der Pflegepersonen über alle Umstände unterrichten zu können, welche für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit von Wichtigkeit sind. Ein gleiches Interesse haben die Polizeibehörden, denen es obliegt, die erforderlichen Schutzmaßregeln zu ergreifen. In der Regel wird die Bevölkerung in richtiger Würdigung der Wichtigkeit dieser Angelegenheit die gewünschten Auskünfte bereitwillig erteilen. Ausnahmsweise kommt es jedoch vor, daß dem beamteten Arzte und der Polizeibehörde die Auskunft verweigert wird.

Um ein solches unerwünschtes Ereignis zu verhüten, legt § 7 Abs. 3 R.G. den in §§ 2 und 3 aufgeführten Personen die Pflicht auf, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen. Diese Personen sind: 1) der zugezogene Arzt, 2) der Haushaltungsvorstand, 3) jede sonst mit der Behandlung und Pflege der Erkrankten beschäftigte Person, 4) derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat, 5) der Leichenschauer, ferner in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragten Person, auf Schiffen und Flößen der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter.

Der beamtete Arzt und die Polizeibehörde werden bei ernstem und taktvollem Auftreten die Beteiligten in der Regel zur Auskunfts-

erteilung bereit finden. Es wird aber ihr Ansehen wesentlich stärken, daß durch § 45 Ziff. 3 R.G. die Verweigerung der Auskunft mit Geldstrafe von 10 bis 150 M. oder mit Haft nicht unter einer Woche bedroht wird.

Durch § 6 Abs. 1 P.G. werden die Bestimmungen des § 7 Abs. 3 R.G. auf die Krankheiten des preußischen Gesetzes mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach ausgedehnt, und durch § 35 Ziff. 3 P.G. werden die Verweigerung der Auskunft und wissentlich unrichtige Angaben mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bedroht.

Unter diese Strafe fiele auch ein behandelnder Arzt, der etwa der Wahrheit zuwider erklärte, daß von dem Zutritt des beamteten Arztes zu dem Kranken eine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens des Kranken zu befürchten sei. Auf Grund dieser Bestimmungen sind auch zur Behandlung von Kranken zugezogene Kurpfuscher zur Auskunftserteilung zu zwingen.

Es bedarf übrigens der nochmaligen ausdrücklichen Feststellung, daß die durch § 7 Abs. 3 R.G. eingeführte Auskunftspflicht sich auf Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach nicht erstreckt. Bei diesen Krankheiten sind also die Angehörigen der Kranken zur Erteilung von Auskunft an den mit der Feststellung beauftragten Arzt und die Polizeibehörde nicht zu zwingen. Es ist dies eine höchst bedenkliche Lücke des Gesetzes, durch welche die Bekämpfung dieser Krankheiten unter Umständen aufs äußerste erschwert, und die Verhütung des Ausbruches einer Epidemie überhaupt unmöglich gemacht werden kann.

IV. Mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen zur Ermittelung der Krankheit.

Bei allen denjenigen übertragbaren Krankheiten, deren Krankheitserreger bekannt sind, kann nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft eine zuverlässige Diagnose ohne Ausführung einer mikroskopischen oder bakteriologischen Untersuchung nicht gestellt werden.

Die Krankheitserreger sind enthalten bei

Aussatz in den Knoten und deren Zerfallsprodukten (Eiter), sowie im Nasenschleim;

Blennorrhöe der Neugeborenen im Lidbindehautsekret;

Cholera im Stuhl und im Schleim der Dünndarmdrüsen;

Diphtherie im Belag der Mandeln und im Rachenschleim;

Genickstarre in dem Schleim des Nasenrachenraumes und dem Liquor cerebrospinalis;

Lungen- und Kehlkopftuberkulose im Auswurf, Blasen-

und Nierentuberkulose im Harn, Knochen- und Gelenktuberkulose im Eiter, akuter Miliartuberkulose im Blut;

Malaria in den roten Blutkörperchen;

Milzbrand im Gewebssaft bei Karbunkel, im Lungenauswurf bei Lungenmilzbrand (Hadernkrankheit), im Darminhalt bei Darmmilzbrand und in dem aus der Nase fließenden Lungensaft (Ödem) bei Sterbenden;

Pest in den Drüsen und deren Zerfallsprodukten (Gewebssaft, Eiter) bei Drüsenpest, dem Auswurf bei Lungenpest und dem aus der Nase fließenden Lungensaft (Ödem) bei Sterbenden;

Rotz in den Knoten und deren Zerfallsprodukten (Eiter), im Nasenschleim sowie im Auswurf bei Lungenrotz;

Rückfallfieber in dem flüssigen Teile des Blutes;

Ruhr im Stuhl;

Syphilis in den Knoten (Gummata) und deren Zerfallsprodukten;

Tripper in dem Harnröhren- und Scheidensekret;

Typhus in dem Stuhl, dem Harn, zuweilen dem Blut, ausnahmsweise in dem Lungenauswurf und im Abszeßeiter.

Es ist wichtig, daß in verdächtigen Krankheitsfällen Material zur mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung nicht nur sobald als möglich, sondern auch in geeigneter Weise entnommen und an eine solche Untersuchungsanstalt eingesandt werde, welche nach ihrer Einrichtung und Leitung die Gewähr dafür bietet, daß die Untersuchungen in ihr sachgemäß, sorgfältig und schnell ausgeführt werden.

Um dies zu ermöglichen, sind den Anweisungen des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera und der Pest und den Anweisungen des preußischen Ministers der Medizinalangelegenheiten für die Bekämpfung der Diphtherie, Genickstarre, des Milzbrands, Rotzes, der Ruhr und des Typhus Anweisungen zur Entnahme und Versendung von Untersuchungsobjekten beigegeben, deren genaue Befolgung allen Einsendern von Material dringend anempfohlen wird.

Um die bakteriologische Untersuchung bei übertragbaren Krankheiten nach Möglichkeit zu erleichtern, hat der preußische Herr Medizinalminister eine große Anzahl staatlicher, städtischer und privater Untersuchungsanstalten damit beauftragt, die von beamteten und praktischen Ärzten ihnen eingesandten Objekte von übertragbaren Krankheiten unentgeltlich zu untersuchen und das Ergebnis der Untersuchung dem Einsender unverzüglich mitzuteilen.

Diese Untersuchungsanstalten sind:

1. die königlichen Medizinaluntersuchungsämter in Düsseldorf, Gumbinnen, Hannover, Koblenz, Liegnitz, Magdeburg, München, Potsdam, Stade und Stettin;

2. die Medizinaluntersuchungsstellen bei den königlichen Regierungen in Breslau, Bromberg, Marienwerder, Osnabrück, Sigmaringen, Trier und Wiesbaden;

3. das königliche Institut für Infektionskrankheiten in Berlin;

4. das königliche Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.;

5. das königliche Universitätsinstitut für Hygiene und experimentelle Therapie in Marburg;

6. die königlichen hygienischen Universitätsinstitute in Berlin, Bonn, Breslau, Göttingen, Greifswald, Halle a. S., Kiel und Königsberg;

7. die königlichen hygienischen Institute in Beuthen O.-S. und Posen;

8. die königlichen Typhusuntersuchungsanstalten in Idar, Neunkirchen, Saarbrücken, Saarlouis und Trier;

9. die städtischen bakteriologischen Untersuchungsämter in Altona, Berlin, Charlottenburg, Cöln, Danzig, Dortmund, Düsseldorf und Stettin;

10. das Institut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen.

Um den Einsendern von Untersuchungsmaterial, und zwar sowohl beamteten als praktischen Ärzten, die Einsendung möglichst bequem zu machen, hat der Herr Minister der Medizinalangelegenheiten Gefäße zur Entnahme von Diphtherie-, Genickstarre-, Ruhr-, Tuberkulose- und Typhusmaterial in der erforderlichen Anzahl zur kostenlosen Abgabe an die Ärzte in sämtlichen Apotheken des preußischen Staats niederlegen lassen. Die Gefäße befinden sich in Leinwandbeuteln, welche den Aufdruck der betreffenden Krankheit — D, G, R, Tu, Ty — und die Aufschrift „Vorsicht, infektiöses Material" sowie die Adresse der für den betreffenden Bezirk zuständigen Untersuchungsanstalt tragen und außer dem Gefäß eine Anweisung zur Entnahme des Materials und einen Schein zur Ausfüllung durch den Einsender enthalten. Die Sendungen sind mit dem Dienststempel der betreffenden Regierungen und dem Aversionierungsvermerk versehen und können daher unfrankiert versandt werden. Auf diese Weise erwachsen dem einsendenden Arzt weder durch die Einsendung des Materials noch durch die Untersuchung desselben irgend welche Kosten.

Dies berechtigt zu der Hoffnung, daß die Ärzte von dieser Einrichtung im Interesse der Seuchenbekämpfung einen weitgehenden Gebrauch machen werden.

Der Herr Minister der Medizinalangelegenheiten hat angeordnet, daß die Untersuchungsanstalten das Ergebnis der Untersuchung in jedem Falle dem Einsender, bei positivem Ausfall der Untersuchung aber auch dem beamteten Arzt mitteilen sollen. Hieran haben manche Ärzte Anstoß genommen, weil sie glauben, daß dadurch das Berufsgeheimnis gefährdet werde. Diese Ansicht ist nicht zutreffend. Es

handelt sich um Krankheiten, welche gesetzlich anzeigepflichtig sind. Die Behörden sind daher berechtigt zu verlangen, daß sie über diese Dinge unterrichtet werden. Sie sind dazu um so mehr berechtigt, als der geschilderte, in seiner Einrichtung und Unterhaltung sehr kostspielige Apparat vom Staate doch nicht im Privatinteresse der Ärzte, sondern in dem öffentlichen Interesse der Seuchenbekämpfung getroffen worden ist.

Auch in anderen Bundesstaaten sind Einrichtungen zur bakteriologischen Untersuchung getroffen worden.

In Bayern sind durch Erlaß des Staatsministeriums des Innern beider Abteilungen und des Staatsministeriums der Finanzen vom 19. November 1902 die im Interesse der Feststellung der bakteriologischen Diagnose bei zweifelhaften Krankheiten und Todesfällen erforderlichen Untersuchungen den hygienischen Universitätsinstituten in Erlangen, München und Würzburg übertragen worden, welche sie gegen Gebühren auszuführen haben. Gegenwärtig schweben Verhandlungen zur Einführung unentgeltlicher Untersuchungen.

In Sachsen stehen die königliche Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege zu Dresden und die königliche Untersuchungsanstalt beim hygienischen Institut zu Leipzig für diesen Zweck zur Verfügung.

In Hessen gilt das gleiche von dem hygienischen Universitätsinstitut in Gießen.

Die Untersuchungen für Oldenburg finden in dem hygienischen Institut in Bremen, diejenigen für Anhalt in dem hygienischen Universitätsinstitut in Halle a. S., diejenigen für Lippe-Schaumburg in dem Medizinaluntersuchungsamt in Hannover statt.

Leistungsfähige hygienische Institute haben außerdem die freien und Hansestädte Bremen und Hamburg. Die Untersuchungen für Lübeck finden in dem hygienischen Universitätsinstitut in Kiel statt.

Die Angelegenheit ist zur Zeit noch in der Entwickelung begriffen und wird hoffentlich bald im ganzen Reiche zu einer zweckmäßigen Ausgestaltung gelangen.

Die höhere Verwaltungs- bezw. die Landeszentralbehörde hat das Recht, bei dem Ausbruche einer Epidemie die Sachlage durch Entsendung von Sachverständigen an Ort und Stelle prüfen zu lassen. Bei besonders schwierig zu erkennenden Krankheiten wird sie dies regelmäßig tun. So heißt es in § 5 Abs. 2 der Anweisung zur Bekämpfung des Aussatzes: „Die Feststellung des Aussatzes hat unter Zuziehung eines Suchverständigen . . . zu erfolgen“, und in der preußischen Ausführungsvorschrift dazu: „Die eventuelle Entsendung eines Sachverständigen ist durch Vermittelung des Regierungspräsidenten bei mir (d. h. dem Minister der Medizinalangelegenheiten) zu beantragen.“ — § 14 Abs. 1 der Anweisung zur Bekämpfung der Pest lautet: „Die endgültige Feststellung des ersten

Pestfalles in einer Ortschaft hat durch besondere Sachverständige zu erfolgen, welche von den Landeszentralbehörden im voraus bestimmt und eintretendenfalls sogleich an Ort und Stelle entsendet werden"; die preußische Ausführungsvorschrift hierzu: „Die endgültige Feststellung des ersten Pestfalles in einer Ortschaft wird vielmehr besonderen Sachverständigen vorbehalten, welche von mir (d. h. dem Medizinalminister) an Ort und Stelle entsendet werden. Die Bezeichnung dieser Sachverständigen behalte ich mir einstweilen vor." — Auch bei dem Ausbruch der Cholera wird in der Regel ein besonderer Sachverständiger an Ort und Stelle entsendet werden.

Dies wird sich z. B. auch bei Typhus zuweilen empfehlen und geschieht sogar regelmäßig in dem Gebiet der systematischen Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches. Es ist auch für die übertragbare Genickstarre anzuraten, weil die Erreger dieser Krankheit durch Austrocknen so schnell zu Grunde gehen, daß bei Versendung von Untersuchungsmaterial auf größere Entfernungen das Ergebnis der Untersuchungen zuweilen auch in unzweifelhaften Fällen der Krankheit negativ ausfällt.

V. Weitergehende Ermittelungen.

1. Ermittelungen in Ortschaften mit mehr als 10 000 Einwohnern.

§ 6 Abs. 2 R.G. In Ortschaften mit mehr als 10 000 Einwohnern ist nach den Bestimmungen des Abs. 1 auch dann zu verfahren, wenn Erkrankungs- oder Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten Teile der Ortschaft, welcher von der Krankheit bis dahin verschont geblieben war, vorkommen.

A. A. zu § 6 P.G. 4. In Ortschaften mit mehr als 10 000 Einwohnern, in welchen die Seuche bereits festgestellt ist, haben die vorstehend bezeichneten Ermittelungen und Feststellungen auch dann zu geschehen, wenn die Entfernungen, in welchen neue Krankheitsfälle sich ereignen, von den alten Fällen so groß oder die örtlichen Bedingungen ihrer Entstehung so verschieden sind, daß die Sachlage nicht viel anders ist, als wenn die Krankheit in zwei verschiedenen, einander naheliegenden Ortschaften ausbricht. Es empfiehlt sich, daß in solchen Ortschaften die Polizeibehörde im Einvernehmen mit dem beamteten Arzt im voraus allgemein Bezirke räumlich abgrenzt, von deren jedem der erste Seuchenfall von ihnen jedesmal behandelt werden soll, wie der erste Fall in der ganzen Ortschaft.

Aus dem Wortlaut von § 6 Abs. 1 R.G. in Verbindung mit § 6 Abs. 1 P.G. geht hervor, daß der beamtete Arzt seine Ermittelungen nur dann vorzunehmen hat, wenn es sich um den Ausbruch, d. h. um das erste Auftreten einer übertragbaren Krankheit in einer Ortschaft handelt. Die Ermittelungen haben sich hierbei selbstverständlich nicht nur auf den ersten Fall, sondern auf alle Fälle der

Krankheit zu erstrecken, welche mit diesem Falle in unmittelbarem Zusammenhange stehen.

In größeren oder sehr weitläufig gebauten Ortschaften würde es jedoch zu Unzuträglichkeiten führen, wenn der beamtete Arzt nur das erste Auftreten einer übertragbaren Krankheit in der ganzen Ortschaft ermitteln dürfte; denn in einer solchen Ortschaft kann eine übertragbare Krankheit gleichzeitig in verschiedenen weit auseinanderliegenden Teilen der Ortschaft auftreten, ohne daß der eine Ausbruch mit dem oder den anderen in irgend einer Beziehung zu stehen braucht. Würde die Krankheit nur an derjenigen Stelle, wo zufällig ihr Ausbruch zuerst angezeigt wird, näher ermittelt, an den anderen Stellen aber nicht, so würde das zu unberechenbaren Folgen führen können. Deshalb bestimmt § 6 Abs. 2 R.G. ausdrücklich, daß in Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern nach den Bestimmungen des Abs. 1 auch dann zu verfahren ist, wenn Erkrankungs- oder Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten Teile der Ortschaft, welcher von der Krankheit bis dahin verschont geblieben war, vorkommen.

Die Begründung zu § 6 R.G. sagt hierüber:

„Im allgemeinen soll nach § 6 Abs. 1 die Ermittelung durch den beamteten Arzt nur stattfinden, wenn es sich um den ersten Ausbruch der Seuche in einer Ortschaft handelt. Unter besonderen Umständen, namentlich bei größeren Städten, genügt dies aber nicht. Hier können die Entfernungen, in welchen mehrere Krankheitsfälle sich ereignen, so groß, die örtlichen Bedingungen, unter welchen sie eintraten, so verschieden, die Gefahren, welche die Fälle mit sich bringen, so ungleich sein, daß das Urteil des feststellenden Arztes in dem einen Falle wenig oder keinen Anhalt für die Beurteilung der übrigen Fälle bietet. Die Sachlage ist tatsächlich unter solchen Verhältnissen nicht viel anders, als wenn die Seuche in zwei verschiedenen Ortschaften, die einander naheliegen, ausbricht. Solchen Verhältnissen soll Abs. 2 des § 6 Rechnung tragen. Die Voraussetzungen, unter welchen er zur Anwendung zu bringen ist, lassen sich im Gesetze nicht angeben, können vielmehr nur im Verwaltungsweg unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse festgestellt werden. Der Entwurf geht davon aus, daß dies im voraus und allgemein für alle hier in Betracht kommenden Orte zu geschehen hat, so daß bei dem Auftreten einer Seuche Polizeibehörde und Arzt ohne weiteres die Richtschnur für ihr Verhalten finden."

Diesen Erwägungen tragen die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 6 P.G. in Ziff. 4 Rechnung.

Eine solche räumliche Abgrenzung ist in Preußen auf Anordnung des Herrn Ministers der Medizinalangelegenheiten in allen Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern bereits im Frühjahr 1907 ein für alle Male erfolgt.

Die Regierungspräsidenten und Landräte werden sich regelmäßig

darüber in Kenntnis zu erhalten haben, ob diese räumliche Abgrenzung den jeweiligen Verhältnissen gerecht wird, und ob die Polizeibehörde und die Kreisärzte darüber ausreichend unterrichtet sind. Derartige Bezirke sind in vielen Ortschaften von selbst gegeben. Wird z. B. eine Ortschaft durch einen Flußlauf, den Bahnkörper, größere Fabrikanlagen u. dgl. in mehrere abgegrenzte Viertel geteilt, so werden diese wie besondere Ortschaften im Sinne des § 6 Abs. 2 zu behandeln sein. In Orten, welche, wie Berlin, Breslau, Cöln, wegen ihrer Größe in verschiedene Kreisarztbezirke geteilt sind, werden diese als besondere Ortschaften im Sinne des § 6 Abs. 2 zu gelten haben; dasselbe gilt von Villenvierteln, Arbeiterquartieren u. s. w.

2. Ermittelungen in weiteren Fällen.

§ 6 Abs. 3 R.G. **Die höhere Verwaltungsbehörde kann Ermittelungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen. So lange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzte Ermittelungen nur im Einverständnisse mit der unteren Verwaltungsbehörde und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.**

A. A. zu § 6 P.G. 6. Der Regierungspräsident kann, wenn nach den Verhältnissen angezeigt, Ermittelungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen; es empfiehlt sich, bei jedem einzelnen Krankheits- oder Todesfall an Kindbettfieber oder Kindbettfieberverdacht von dieser Befugnis Gebrauch zu machen. Solange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzt Ermittelungen nur im Einverständnisse mit dem Landrat, in Stadtkreisen der Polizeibehörde und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

Unter gewissen Verhältnissen genügt es nicht, nur den ersten Ausbruch einer Krankheit an einem Orte genau ermitteln und feststellen zu lassen, weil jeder weitere Fall, wenn er nicht genau beobachtet wird, zu einer Epidemie und zu großen Gefahren für die Bevölkerung führen kann. Dies ist nicht nur bei den gemeingefährlichen Krankheiten, namentlich bei Aussatz, Cholera, Pest und Pocken der Fall, sondern auch bei einigen anderen übertragbaren Krankheiten, namentlich bei übertragbarer Genickstarre, Kindbettfieber, Rotz, Rückfallfieber und Typhus. Aus diesem Grunde erteilt § 6 Abs. 3 R.G. der höheren Verwaltungsbehörde, d. h. in Preußen dem Regierungspräsidenten, die Befugnis, Ermittelungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anzuordnen. In § 6 P.G. wird diese Befugnis ausdrücklich auf alle übertragbaren Krankheiten — mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose

und Scharlach — ausgedehnt, und in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen hierzu wird empfohlen, bei jedem einzelnen Krankheits- oder Todesfall an Kindbettfieber oder Kindbettfieberverdacht von dieser Befugnis Gebrauch zu machen. Diese Hervorhebung des Kindbettfiebers hat darin ihren Grund, daß die einzelnen Fälle von Kindbettfieber an einem Orte keineswegs alle miteinander in Verbindung zu stehen brauchen, sondern daß jeder einzelne durch ein strafbares Verschulden oder eine Unterlassung einer Hebamme, eines Arztes oder auf andere Weise entstanden sein kann.

Auch für Aussatz schreibt die preußische Ausführungsvorschrift zu § 3 der Anweisung des Bundesrates vor, daß der Kreisarzt in jedem Falle von Erkrankung an Aussatz oder Krankheitsverdacht die Ermittelungen an Ort und Stelle vorzunehmen hat; ebenso für Cholera (Anweisung § 12), Fleckfieber (Anweisung § 4) und Pocken (Anweisung § 4). Diese Vorschrift rechtfertigt sich durch die Gemeingefährlichkeit dieser Krankheiten und durch den Umstand, daß sie, mit Ausnahme von Aussatz im Kreise Memel, in Deutschland nicht heimisch sind. Es kann nicht zweifelhaft sein, daß auch bei einem etwaigen Ausbruch der Pest die Ermittelung durch den Kreisarzt in jedem Falle von Erkrankung an Pest oder Krankheitsverdacht angeordnet werden muß.

Bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach aber hat nach § 6 Abs. 4 P.G. die Ortspolizeibehörde nur die ersten Fälle ärztlich feststellen zu lassen, und dies auch nur dann, wenn sie nicht von einem Arzte angezeigt sind. Die Ermittelung der weiteren Fälle anzuordnen, hat also auch nicht der Regierungspräsident — wenigstens nicht auf Grund des Seuchengesetzes — das Recht.

Um die Behörden in den Stand zu setzen, sich fortlaufend über den Gang der Epidemie einer der übrigen übertragbaren Krankheiten unterrichtet zu halten, gibt ihnen § 6 Abs. 3 R.G. auch für den Fall, daß der Regierungspräsident von seiner Befugnis keinen Gebrauch gemacht hat, das Recht, in einem gewissen Umfange auch bei den weiteren Fällen Ermittelungen eintreten zu lassen; er ermächtigt den beamteten Arzt zur Vornahme derartiger Ermittelungen, insoweit er dies nach seinem pflichtmäßigen Ermessen zur Verfolgung der örtlichen und zeitlichen Ausbreitung der Krankheit für erforderlich erachtet, legt ihm jedoch die Verpflichtung auf, sich vorher des Einverständnisses der unteren Verwaltungsbehörde, d. h. des Landrates, in Stadtkreisen der Polizeibehörde, zu versichern. Diese Bestimmung, welche auf der einen Seite einer gewissen Vielgeschäftigkeit des beamteten Arztes entgegentritt, gibt doch andererseits eine ausreichende Handhabe, um den Gang der Epidemie gewissenhaft zu verfolgen und die erforderlichen Schutzmaßregeln rechtzeitig herbeiführen zu können.

3. Ermittelungen bei den im Gesetz nicht namentlich aufgeführten übertragbaren Krankheiten.

§ 7 P.G. Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Bestimmungen ganz oder teilweise für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere als die daselbst aufgeführten übertragbaren Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

A. A. zu § 5, 7 u. 11 P.G. Die Regierungspräsidenten haben Vorsorge zu treffen, daß sie von dem epidemischen Ausbruch einer der in dem § 1 nicht aufgeführten übertragbaren Krankheiten tunlichst bald Kenntnis erhalten. Nach erlangter Kenntnis haben sie unverzüglich an den Minister der Medizinalangelegenheiten über Umfang und Charakter der Epidemie zu berichten. Dabei haben sie sich, sofern die Verhältnisse es angezeigt erscheinen lassen, zugleich gutachtlich darüber zu äußern, ob und inwieweit es sich empfiehlt, von den in den §§ 5, 7 und 11 enthaltenen Ermächtigungen des Staatsministeriums Gebrauch zu machen.

§ 7 P.G. legt dem Staatsministerium die Berechtigung bei, die Bestimmungen von § 6 Abs. 1 ganz oder teilweise für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere als die hierselbst aufgeführten übertragbaren Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten. Diese Bestimmung war notwendig, um im Falle einer Anwendung der Ermächtigung des § 5 bei Krankheiten, welche durch den Beschluß des Staatsministeriums anzeigepflichtig gemacht werden, auch das Ermittelungsverfahren durchführen zu können. Wird also z. B. für Influenza, Keuchhusten, Masern oder eine ähnliche Krankheit die Anzeigepflicht vorübergehend eingeführt, so kann das Staatsministerium für diese Krankheiten auch die §§ 6—10 R.G. mit den durch § 6 P.G. gegebenen Einschränkungen für anwendbar erklären.

Wie oben dargelegt, hat nach § 5 Abs. 2 R.G. auch der Bundesrat das Recht, die Vorschriften über die Anzeigepflicht auf andere übertragbare Krankheiten auszudehnen, und zwar nicht räumlich beschränkt und vorübergehend, wie das preußische Staatsministerium, sondern für den ganzen Umfang des Reiches und zeitlich unbegrenzt. Dieser weitgehenden Befugnis gegenüber ist es bedauerlich, daß das Reichsgesetz, wie ausdrücklich hervorgehoben werden muß, die Befugnis zur Ausdehnung der Vorschriften über das Ermittelungsverfahren (§§ 6 bis 10) auf andere Krankheiten dem Bundesrat nicht beigelegt hat. Denn die Anzeige eines Falles hat nur dann Wert, wenn der Fall auch amtsärztlich ermittelt und festgestellt werden darf.

Abschnitt III.

Schutzmaßregeln.

Allgemeine Vorschriften.

§ 11 R.G. Zur Verhütung der Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln nach Maßgabe der §§ 12 bis 21 polizeilich angeordnet werden.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 8 P.G. Zur Verhütung der Verbreitung der nachstehend genannten Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr die Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln der §§ 12 bis 19 und 21 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen polizeilich angeordnet werden, und zwar bei:

1. Diphtherie (Rachenbräune): Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), jedoch mit der Maßgabe, daß die Überführung von Kindern in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gegen den Widerspruch der Eltern nicht angeordnet werden darf, wenn nach der Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist, Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebes von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen

Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der Maßgabe, daß diese Anordnungen nur für Ortschaften zulässig sind, welche von der Krankheit befallen sind, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);

2. Genickstarre, übertragbarer: Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);

3. Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber): Verkehrsbeschränkungen für Hebammen und Wochenbettpflegerinnen (§ 14 Abs. 5), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3).

   Ärzte sowie andere die Heilkunde gewerbsmäßig betreibende Personen haben in jedem Falle, in welchem sie zur Behandlung einer an Kindbettfieber Erkrankten zugezogen werden, unverzüglich die bei derselben tätige oder tätig gewesene Hebamme zu benachrichtigen.

   Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, welche bei einer an Kindbettfieber Erkrankten während der Entbindung oder im Wochenbett tätig sind, ist während der Dauer der Beschäftigung bei der Erkrankten und innerhalb einer Frist von acht Tagen nach Beendigung derselben jede anderweite Tätigkeit als Hebamme oder Wochenbettpflegerin untersagt. Auch nach Ablauf der achttägigen Frist ist eine Wiederaufnahme der Tätigkeit nur nach gründlicher Reinigung und Desinfektion ihres Körpers, ihrer Wäsche, Kleidung und Instrumente nach Anweisung des beamteten Arztes gestattet. Die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit vor Ablauf der achttägigen Frist ist jedoch zulässig, wenn der beamtete Arzt dies für unbedenklich erklärt;

4. Körnerkrankheit (Granulose, Trachom): Beobachtung kranker und krankheitsverdächtiger Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);

5. Lungen- und Kehlkopfstuberkulose: Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);

6. Rückfallfieber (Febris recurrens): Beobachtung kranker Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Abs. 4), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Überwachung der

Schiffahrt (§ 15 Nr. 4 und 5), Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);

7. Ruhr, übertragbarer (Dysenterie): Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Verbot oder Beschränkung der Benutzung von Wasserversorgungsanlagen usw. (§ 17), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
8. Scharlach: wie zu Nr. 1;
9. Syphilis, Tripper und Schanker, bei Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben: Beobachtung kranker, krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2);
10. Typhus (Unterleibstyphus): Beobachtung kranker Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3 Satz 1), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Abs. 4), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der in Nr. 1 bezeichneten Maßgabe, Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Verbot oder Beschränkung der Benutzung von Wasserversorgungsanlagen usw. (§ 17), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
11. Milzbrand: Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der in Nr. 1 bezeichneten Maßgabe, Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);

12. Rotz: Beobachtung kranker Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3 Satz 1), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
13. Tollwut: Beobachtung gebissener Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2).

Erkrankungsfälle, in welchen Verdacht von Kindbettfieber (Nr. 3), Rückfallfieber (Nr. 6), Typhus (Nr. 10) und Rotz (Nr. 12) vorliegt, sind bis zur Beseitigung dieses Verdachtes wie die Krankheit selbst zu behandeln.

A. A. zu § 8 P.G. 1. Die in dem § 8 bei den einzelnen Krankheiten aufgeführten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln bezeichnen vorbehaltlich der Bestimmung des § 9 das Höchstmaß dessen, was bei den betreffenden Krankheiten im äußersten Fall polizeilich angeordnet werden darf.

Die Polizeibehörden sollen in der Regel nicht alle diese Maßregeln in jedem Falle zur Anwendung bringen, sondern sich auf diejenigen beschränken, welche nach Lage des Falles ausreichend erscheinen, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhüten. Es ist von Wichtigkeit, daß die Ärzte diese Gesichtspunkte bereits bei den Vorschlägen berücksichtigen, welche sie den Polizeibehörden machen. Soweit bei Milzbrand und Rotz veterinärpolizeiliche Interessen berührt werden, hat der beamtete Arzt sich mit dem beamteten Tierarzt ins Benehmen zu setzen.

Bei der Auswahl der Maßregeln ist einerseits nichts zu unterlassen, was zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit notwendig ist, andererseits aber dafür Sorge zu tragen, daß nicht durch Anwendung einer nach Lage des Falles zu weit gehenden Maßregel unnötig in die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung eingegriffen wird, oder vermeidbare Kosten entstehen.

2. Die getroffenen Anordnungen sind wieder aufzuheben: bezüglich der kranken Personen

nach erfolgter Genesung, nach Überführung in das Krankenhaus oder nach dem Ableben des Kranken, in allen Fällen jedoch nur, nachdem die vorschriftsmäßige Schlußdesinfektion stattgefunden hat;

bezüglich der krankheitsverdächtigen Personen bei Kindbettfieber, Rückfallfieber, Typhus und Rotz, wenn sich der Verdacht als begründet nicht herausgestellt hat; bei Typhus ist dies erst dann anzunehmen, wenn eine mindestens zweimalige bakteriologische Untersuchung negativ ausgefallen ist.

§ 6 Br.G. Zur Verhütung der Verbreitung der in § 1 dieses Gesetzes aufgeführten übertragbaren Krankheiten, mit Ausnahme der Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung und der Trichinose, können für die Dauer der Krankheitsgefahr die Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln der §§ 12—19 und 21 des Reichsgesetzes polizeilich (vgl. §§ 8 und 9 daselbst) angeordnet werden. Das Staatsministerium hat in einer Anleitung für die einzelnen Krankheiten die für ihre Bekämpfung geeigneten Schutzmaßregeln zu bestimmen.

Die Anordnung der Maßregeln im Einzelfalle hat nach Maßgabe dieser Anleitung und, nachdem dazu der beamtete Arzt gehört ist, zu geschehen.

1. Umfang der Anordnungen.

Die Aufgabe der Sanitätspolizei, die Allgemeinheit vor Seuchen zu schützen, ohne sich in die Behandlung der Kranken einzumischen, ist in § 11 R.G. Abs. 1 klar zum Ausdruck gebracht. Diese Aufgabe kann nicht erfüllt werden ohne gewisse Beschränkungen des Einzelnen in seiner freien Bewegung, eine Beschränkung, die er sich im Interesse der Gesamtheit gefallen lassen muß. Es ist aber Aufgabe der Sanitätspolizei, in diesen Beschränkungen nicht über das unbedingt erforderliche Maß hinauszugehen und alles zu vermeiden, was die Bevölkerung unnötig belästigt. Zutreffend bemerkt die Begründung zu § 11 R.G.:

„Zur wirksamen Bekämpfung der schweren Seuchen lassen sich außergewöhnliche Maßregeln, welche Eingriffe in das Privateigentum, Beeinträchtigungen des gewerblichen Verkehrs, unter Umständen selbst gewisse Beschränkungen der persönlichen Freiheit bedingen, nicht immer umgehen. Sind doch die Gefahren für das Gemeinwohl, welche aus einem Seuchenausbruch entspringen können, von ungleich größerer Tragweite, als die Nachteile und Belästigungen, die für den Einzelnen durch solche Maßregeln erwachsen. Muß deshalb das Gesetz zu solchen Maßregeln unvermeidlich Vollmacht geben, so hat es dafür auch auf der anderen Seite die Aufgabe, diese Vollmacht im Interesse des Schutzes der Einzelnen bestimmt zu begrenzen; nicht nur, daß es die Behörden bezeichnet, denen die erforderlichen Machtvollkommenheiten beigelegt werden sollen, es muß auch im Interesse des Verkehrs sowie der Freiheit der Person und des Eigentums diejenigen Grenzen angeben, bis zu welchen die Behörden mit ihren Anordnungen gehen dürfen.“

In den Anweisungen zur Bekämpfung der einzelnen gemeingefährlichen Krankheiten — Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Pest, Pocken — ist näher angegeben, welche von den nach dem Gesetz zulässigen Schutzmaßregeln in den einzelnen Fällen anzuwenden sein werden, ohne daß jedoch dem pflichtmäßigen Ermessen der Polizeibehörde und des beamteten Arztes allzu enge Schranken gezogen werden.

Denselben Standpunkt nimmt das braunschweigische Gesetz gegenüber den übrigen übertragbaren Krankheiten ein. Auch dieses behält eine spezielle Regelung durch eine Anweisung vor, überläßt aber die Anwendung der Schutzmaßregeln im einzelnen dem pflichtmäßigen Ermessen der Polizeibehörde und des beamteten Arztes.

Anders hat das preußische Gesetz die Materie geregelt, indem es bestimmt aussprach, welche Schutzmaßregeln bei jeder Krankheit als zulässiges Höchstmaß äußersten Falles angeordnet werden dürfen. Der Zweck dieser Vorschrift war, eine unnütze Belästigung der Bevölkerung durch übereifrige Polizeibehörden und Kreisärzte zu verhüten. In der Begründung zu § 8 P.G. heißt es darüber:

„Die Maßregeln, welche der vorliegende Gesetzentwurf gegenüber

den übertragbaren Krankheiten vorschlägt, sind zwar im allgemeinen dieselben, welche das Reichsgesetz zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten für zulässig erklärt. Um jedoch voreiligen, unnötigen oder zu weitgehenden Maßregeln vorzubeugen, ist in dem § 8 des Entwurfs eine Spezialisierung dahin gegeben, daß die Maßnahmen, welche bei jeder einzelnen der hier in Betracht kommenden übertragbaren Krankheiten angeordnet werden können, genau und bestimmt bezeichnet sind. Es ist hierbei ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß diese Zusammenstellung nicht festzustellen beabsichtigt, was in jedem Falle angewendet werden muß, sondern daß sie das Höchstmaß dessen bezeichnet, was im äußersten Falle angewendet werden darf, und hinter dem in vielen Fällen nach Lage der Verhältnisse wird zurückgeblieben werden können. Die näheren Einzelheiten in dieser Beziehung müssen den Ausführungsbestimmungen des Gesetzes vorbehalten bleiben."

Die Einzelheiten sind in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen und in den Anweisungen für die Bekämpfung von Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Milzbrand, Rotz, Ruhr, Scharlach und Typhus enthalten.

Ob der Standpunkt des preußischen Gesetzes sich auf die Dauer als glücklich bewähren wird, muß abgewartet werden. Nicht übersehen werden darf der Umstand, daß die mit großer Sorgfalt getroffene Auswahl der für jede Krankheit zulässigen Schutzmaßregeln zwar dem jetzigen Standpunkte der Wissenschaft entspricht, aber die Möglichkeit, die Bekämpfung einem etwaigen Fortschritte der Wissenschaft anzupassen, erschwert, da eine Vermehrung der bei den einzelnen Krankheiten anwendbaren Schutzmaßregeln ohne eine Änderung des Gesetzes unmöglich ist.

Andererseits ist die Mahnung an die Polizeibehörden und Ärzte, sich bei der Anwendung von Schutzmaßregeln stets auf einer mittleren Linie zwischen dem absolut Notwendigen und dem mit einer unnützen Belästigung verbundenen Zuviel zu bewegen, sicher von Nutzen für alle Beteiligten.

2. Anfechtung der Anordnungen.

§ 11 Abs. 2 R.G. bestimmt, daß eine etwaige Anfechtung der Anordnungen keine aufschiebende Wirkung haben soll. Dieselbe Bestimmung bezüglich der übertragbaren Krankheiten des preußischen Gesetzes findet sich in § 12 Abs. 4 P.G. Diese Bestimmung war bei den parlamentarischen Verhandlungen beider Gesetze Gegenstand lebhafter Erörterungen, wurde aber glücklicherweise aufrecht erhalten. Denn zu welchen Folgen könnte es führen, wenn z. B. bei einem Falle von Cholera, Pest, Genickstarre oder Typhus die Angehörigen eines Kranken das Recht haben sollten, die Durchführung der Absonderung,

der Desinfektion usw. dadurch zu verhindern, daß sie Bedenken dagegen erheben oder die Anordnung als unzulässig erklären. Dadurch würde die Bekämpfung der Krankheit brachgelegt, die Verhütung ihrer Ausbreitung unmöglich gemacht, und die Gesellschaft von den schwersten Gefahren bedroht. Sicherlich wird die Durchführung dieser oder jener zur Verhütung der Übertragung einer Krankheit getroffenen Anordnung als Härte empfunden werden. Im Interesse der Allgemeinheit muß aber der einzelne sich auch in solchen Fällen fügen. Das Recht der Beschwerde wird ihm dadurch keineswegs verschränkt, und es wird ihm unbenommen bleiben, geeignetenfalls auf dem geordneten Rechtswege seine Interessen zu vertreten. Zunächst aber muß zur Verhütung weiteren Unglücks dasjenige, was die Polizeibehörde im Einvernehmen mit dem beamteten Arzt für erforderlich hält, ohne Rücksicht auf das Privatinteresse durchgeführt werden. Derartige Konflikte zwischen dem privaten Interesse und den Anordnungen der Polizeibehörde werden aber sicherlich bei einem verständigen und taktvollen Vorgehen auf vereinzelte Fälle beschränkt bleiben. Hierbei wird vor allem von dem Takt und der Gewandtheit des beamteten Arztes viel abhängen, der durch bestimmtes, aber freundliches Auftreten einen etwaigen Widerstand bei der Bevölkerung von vornherein zu vermeiden wissen wird. Geht der beamtete Arzt außerdem, wie es ja vorgeschrieben ist, im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt vor, der das Vertrauen seiner Kranken und deren Angehörigen genießt, so ist zu hoffen, daß er durch Güte fast in jedem Falle das Erforderliche erreichen wird.

3. Aufhebung der Anordnungen.

§ 11 R.G. bestimmt auch, wie lange die gegen die Krankheit gerichteten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln aufrecht erhalten werden sollen. Dies soll für die Dauer der Krankheitsgefahr geschehen. Was hierunter zu verstehen ist, wird in der Begründung näher ausgeführt: „Wann der Beginn und das Ende der Krankheitsgefahr als gegeben zu erachten ist, wird von der Polizeibehörde nach Anhörung des beamteten Arztes zu entscheiden sein; nötigenfalls wird der Bundesrat auch hierfür Anhaltspunkte aufstellen können.“ Dies ist in den Anweisungen zur Bekämpfung der einzelnen Krankheiten geschehen. So heißt es in der Choleraanweisung (§ 34 Abs. 4): „Die Aufhebung der zur Abwehr der Choleragefahr getroffenen Anordnungen darf nur nach Anhörung des beamteten Arztes erfolgen.“

In den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 8 P.G. wird in Ziff. 2 erklärt, daß die getroffenen Anordnungen wieder aufzuheben sind

bezüglich der kranken Personen nach erfolgter Genesung, nach Überführung in das Krankenhaus oder nach dem Ableben des Kranken, bezüglich der krankheitsverdächtigen Personen, wenn sich der Verdacht als begründet nicht herausgestellt hat.

4. Ausdehnung der Schutzmaßregeln.

§ 11 P.G. **Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes nicht genannte übertragbare Krankheiten in besonderen Ausnahmefällen vorübergehend auszudehnen, wenn und so lange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.**

Die auf Grund der vorstehenden Bestimmung und auf Grund der §§ 5 und 7 ergangenen Verordnungen sind dem Landtage, wenn er versammelt ist, sofort, andernfalls bei seinem nächsten Zusammentreten vorzulegen. Sie sind außer Kraft zu setzen, soweit der Landtag seine Zustimmung versagt.

Die Ermächtigung, auch bei anderen als den in § 1 Abs. 1 P.G. genannten Krankheiten Schutzmaßregeln anordnen zu können, wird den Behörden durch § 11 P.G. erteilt, jedoch mit der ausdrücklichen Einschränkung, daß dies nur in besonderen Ausnahmefällen vorübergehend geschehen darf, wenn und solange eine dieser Krankheiten in epidemischer Verbreitung auftritt.

Wie die Behörden im Einzelfalle zu verfahren haben, ist in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu §§ 5, 7 und 11 gesagt. Dort ist vorgeschrieben, daß die Regierungspräsidenten, wenn sie an den Minister über das Auftreten einer solchen Krankheit berichten, sich zugleich auch darüber gutachtlich zu äußern haben, ob und wie weit es sich empfiehlt, von den in § 11 enthaltenen Ermächtigungen des Staatsministeriums Gebrauch zu machen. Seitens des Ministers wird in jedem einzelnen Falle bestimmt werden, welche Schutzmaßregeln — Absonderung, Desinfektion usw. — dann zur Anwendung zu kommen haben. Durch Abs. 2 von § 11 wird bestimmt, daß die bezüglichen Verordnungen des Staatsministeriums dem Landtage, wenn er versammelt ist, sofort, andernfalls bei seinem nächsten Zusammentreten, vorzulegen sind. Die Vorschrift wird in der Weise durchgeführt, daß der Minister der Medizinalangelegenheiten den Präsidenten beider Häuser des Landtages die bezüglichen Verordnungen abschriftlich mitteilt. Der Landtag hat das Recht, den Verordnungen eventuell seine Zustimmung zu versagen, worauf sie außer Kraft gesetzt werden müssen.

5. Zuständigkeit für den Erlaß von Ausführungsbestimmungen.

§ 22 R.G. Die Bestimmungen über die Ausführung der in den §§ 12 bis 21 vorgesehenen Schutzmaßregeln, insbesondere der Desinfektion, werden vom Bundesrat erlassen.

Durch den § 22 R.G., nach welchem die Bestimmungen über die Ausführung der in den §§ 12 bis 21 vorgesehenen Schutzmaßregeln, insbesondere der Desinfektion, vom Bundesrat erlassen werden, sollte die Einheitlichkeit der Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten im ganzen Reichsgebiet gewahrt werden; andererseits aber sollte, wie in der Begründung ausdrücklich ausgesprochen wird, der Erlaß landesrechtlicher Vorschriften nicht verhindert werden. Letztere sollen nur insoweit Geltung haben, als sie mit den Bestimmungen des Reichgesetzes nicht in Widerspruch stehen. So sind denn auch zu den Anweisungen des Bundesrats zur Bekämpfung des Aussatzes, der Cholera, des Fleckfiebers, der Pest und der Pocken noch besondere preußische Ausführungsvorschriften erlassen worden, durch welche teils Punkte geregelt werden, welche in den Bundesratsanweisungen nicht enthalten sind, teils die Bundesratsvorschriften auf die spezifisch preußischen Verhältnisse angewendet werden.

Für §§ 8 und 9 P.G., welche sich auf die Schutzmaßregeln bei den übertragbaren Krankheiten beziehen, soweit sie nicht unter das Reichsgesetz fallen, hat nach § 38 Abs. 2 P.G. der Minister der Medizinalangelegenheiten die erforderlichen Ausführungsbestimmungen zu erlassen, und zwar im Einvernehmen mit den übrigen Ministern, soweit der Geschäftsbereich derselben beteiligt ist.

6. Einrichtungen zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

§ 23 R.G. Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten notwendig sind, zu treffen. Wegen Aufbringung der erforderlichen Kosten findet die Bestimmung des § 37 Abs. 2 Anwendung.

§ 29 P.G. Die Gemeinden sind verpflichtet, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der übertragbaren (§ 1 Abs. 1) Krankheiten notwendig sind, zu treffen und für deren ordnungsmäßige Unterhaltung zu sorgen.

Die Kreise sind befugt, diese Einrichtungen an Stelle der Gemeinden zu treffen und zu unterhalten.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Vorschrift des § 23, nach welcher die zuständigen Landesbehörden die Gemeinden oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten können, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten notwendig sind, zu treffen. Durch § 29 P.G. ist diese Verpflichtung auch auf die in § 1 Abs. 1 P.G. genannten übertragbaren Krankheiten ausgedehnt, nur mit der Einschränkung, daß die Verpflichtung nur für die Gemeinden eingeführt, den Kreisen aber die Befugnis erteilt wird, für die Gemeinden einzutreten.

Bei der Beratung dieses Paragraphen des Gesetzes im preußischen Landtage wurden gegen diese Bestimmung erhebliche Bedenken vorgebracht. Es wurde die Befürchtung geäußert, daß die Verwaltungsbehörden auf Grund dieser Bestimmung sehr weitgehende Anforderungen an die Gemeinden und Kreise stellen könnten. Diese Befürchtung ist unzutreffend. In der Begründung zu § 23 R.G. ist ausdrücklich gesagt, um was es sich handeln soll. Es heißt dort: „Die rechtzeitige Beschaffung von Beobachtungs- und Absonderungsräumen, von Unterkunftsstätten für Kranke, Desinfektionsapparaten, Beförderungsmitteln für Kranke und Verstorbene, von Leichenräumen, Beerdigungsplätzen u. dgl. liegt in ihrem hygienischen Werte dem Verständnisse weiter Bevölkerungskreise noch fern".

Nur Dinge der vorbezeichneten Art können also von den Gemeinden und weiteren Kommunalverbänden gefordert werden. In Übereinstimmung hiermit ist in der Begründung zu § 27 P.G. gesagt: „Für die wirksame Bekämpfung der Weiterverbreitung gemeingefährlicher und sonst übertragbarer Krankheiten ist das Vorhandensein von Beobachtungs- und Absonderungsräumen, von Unterkunftsstätten für Kranke, Desinfektionsapparaten, Beförderungsmitteln für Kranke und Verstorbene, von Leichenräumen u. dgl. von entscheidender Bedeutung. Die hierzu erforderlichen Einrichtungen sind in einer Anzahl von Gemeinden, namentlich auf dem Lande, nicht vorhanden."

Wenn bei den Landtagsverhandlungen gesagt wurde, tatkräftige Regierungspräsidenten, Landräte und Kreisärzte könnten auf Grund dieser Bestimmung dazu übergehen, von den Gemeinden die Anlage von Wasserwerken, Kanalisationsanlagen, Schlacht- und Viehhöfen und anderen kostspieligen sanitären Anlagen zu erzwingen, so ist dies nicht zutreffend. Was erzwungen werden muß und auch überall durchgeführt werden kann, ist, daß die Bestimmungen des Gesetzes hinsichtlich der Absonderung, der Desinfektion und der Behandlung der Leichen durchgeführt werden können. Es müssen also überall Absonderungsräume für Ansteckungsverdächtige, für Krankheitsverdächtige und für Kranke, Desinfektionsapparate und Räume zur Absonderung und zur Sektion, sowie zur Bestattung von Leichen in erreichbarer Nähe vorhanden sein.

Damit ist aber nicht gesagt, daß in jeder Gemeinde etwas derartiges vorhanden sein soll; vielmehr wird es genügen, daß solche Einrichtungen, je nach der Größe des Kreises, in einem oder mehreren Orten desselben getroffen werden.

Daß bei jedem allgemeinen Krankenhause Räume zur Absonderung von Infektionskranken vorhanden sein müssen, ist selbstverständlich. Erwünscht ist es, daß außerdem, wenigstens bei jedem größeren Krankenhause, eine oder mehrere transportable Baracken vorhanden sind, welche im Bedarfsfalle nach kleineren Gemeinden gebracht werden können.

Als selbstverständlich kann und muß es fernerhin betrachtet werden, daß jedes auch kleinere Krankenhaus mit Einrichtungen zur Desinfektion verbunden ist; erwünscht aber ist es, daß in jedem Kreise wenigstens eine vollständig eingerichtete Desinfektionsanstalt errichtet wird. Bei Beobachtung eines einfachen Anlageplanes stellen sich die Kosten einer solchen Desinfektionsanstalt verhältnismäßig gering und gehen keineswegs über die Leistungsfähigkeit selbst eines ärmeren Kreises hinaus. Zur Einrichtung einer Desinfektionsanstalt gehört jedoch nicht nur die Anschaffung eines leistungsfähigen Desinfektionsapparates und seine Aufstellung in zweckmäßig disponierten Räumen, sondern auch die Anstellung eines oder mehrerer staatlich geprüfter Desinfektoren und die Anschaffung von Transportmitteln für die zu desinfizierenden Gegenstände.

Wozu die Gemeinden ferner gezwungen werden können, das ist die Regelung des Krankentransportwesens, welches bis vor kurzer Zeit in den meisten Orten im argen lag. Die Gewohnheit, Schwerkranke und Sterbende in Fuhrwerken zu befördern, welche dem öffentlichen Verkehr dienen, kann nicht länger geduldet werden.

Unbedingt notwendig ist ferner, daß überall ein Raum vorhanden ist, um Leichen von Personen, die an einer übertragbaren Krankheit gestorben sind, bis zur Beerdigung aufzustellen. Es muß mehr und mehr zur Gewohnheit werden, solche Leichen sobald als möglich aus den Behausungen zu entfernen, weil sie ja so häufig noch Anlaß zu Krankheitsübertragungen geben. Erwünscht ist, daß neben dem Raume zur Aufstellung der Leichen auch ein Sektionsraum vorhanden ist, in welchem die unter Umständen erforderliche Öffnung der Leichen ausgeführt werden kann. Derartige Räume werden zweckmäßig in Verbindung mit den Krankenhäusern oder Desinfektionsanstalten angelegt, falls man es nicht vorzieht, sie auf dem Begräbnisplatz unterzubringen. In letzterem Falle wird neben der allgemeinen Leichenhalle ein besonderer Raum für die Leichen von Infektionskranken vorgesehen werden müssen, um die Angehörigen der Personen, welche an anderen Krankheiten gestorben sind, nicht zu gefährden.

I. Beobachtung kranker und verdächtiger Personen.

§ 12 R.G. Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen werden. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte ist zu diesem Zwecke nur bei Personen zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

A. A. § 8 Abs. 3 P.G. I. Einer Beobachtung (§ 12 R.G.) können unterworfen werden:

1. kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Körnerkrankheit, Rotz, Rückfallfieber und Typhus;
2. kranke, krankheitsverdächtige und ansteckungsverdächtige Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, bei Syphilis, Tripper und Schanker;
3. ansteckungsverdächtige Personen bei Tollwut, d. h. solche Personen, welche von einem tollen oder tollwutverdächtigen Tiere gebissen worden sind.

Krank im Sinne des Gesetzes sind solche Personen, bei welchen eine der in dem § 1 aufgeführten Krankheiten festgestellt ist;

Krankheitsverdächtig sind solche Personen, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch einer der in dem § 1 aufgeführten Krankheiten befürchten lassen;

Ansteckungsverdächtig sind solche Personen, bei welchen zwar Krankheitserscheinungen noch nicht vorliegen, bei denen aber infolge ihrer nahen Berührung mit Kranken die Besorgnis gerechtfertigt ist, daß sie den Ansteckungsstoff in sich aufgenommen haben.

Unter den Maßregeln, welche zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit angeordnet werden können, wird zuerst die Beobachtung aufgeführt. Sie kann sowohl bei kranken als bei krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen zur Anwendung gelangen. Nach der Begründung, welche dem Reichsgesetz beigegeben war, soll die Beobachtung in schonender Form und so geschehen, daß Belästigungen tunlichst vermieden werden. Sie wird, abgesehen von den erforderlichen bakteriologischen Untersuchungen, in der Regel darauf beschränkt werden können, daß durch einen Arzt oder sonst geeignete Personen in angemessenen Zwischenräumen Erkundigungen über den Gesundheitszustand der betreffenden Person eingezogen werden. Es ist klar, daß ohne ein Recht, eine derartige Beobachtung auszuüben, die Polizeibehörde den Krankheitsfall aus dem Auge verlieren und nicht in der Lage sein würde, etwaige von ihm ausgehende Gefahren für die Allgemeinheit zu verhüten.

Um zu verhindern, daß diese Beobachtung zu einer Freiheitsberaubung für die der Beobachtung unterworfenen Personen führt, wird ausdrücklich bestimmt, daß eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthalts und der Arbeitsstätte zum Zwecke der Beobachtung nur

bei solchen Personen zulässig sein soll, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig herumziehen. Hiernach ist also Personen, deren Gesundheitszustand es gestattet, unbenommen auszugehen, nur Vagabunden, herumziehende Händler, Zigeuner, Flößer und ähnliche Personen ohne Obdach und festen Wohnsitz dürfen polizeilich gezwungen werden, einen ihnen zugewiesenen Aufenthalt nicht zu verlassen oder sich bei der Wahl ihrer Arbeitsstätte gewissen Beschränkungen zu unterwerfen.

Über die zulässige Dauer der Beobachtung enthält das Reichsgesetz nichts. In den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 8 P.G. wird in Ziff. 3, I, Abs. 7 bestimmt, daß die Dauer der zulässigen Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen sich nach der Zeit richten soll, welche erfahrungsgemäß zwischen der Ansteckung und dem Ausbruch der Krankheit liegt, also nach der sogenannte Inkubationszeit. Wie lang diese Zeit bei den einzelnen Krankheiten ist, wird nicht gesagt, es wird nur bemerkt, daß sie bei Tollwut längstens ein Jahr beträgt.

Von Bedeutung ist eine Erklärung darüber, was man unter krank, krankheits- und ansteckungsverdächtig zu verstehen hat.

K r a n k im Sinne der Seuchengesetze sind solche Personen, bei welchen eine der anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten festgestellt ist. Handelt es sich also um Typhus, so ist eine Person als krank anzusehen, wenn sie den Typhus hat; handelt es sich um Diphtherie, so versteht man unter „krank“ eine von Diphtherie befallene Person usw.

K r a n k h e i t s v e r d ä c h t i g im Sinne der Seuchengesetze sind solche Personen, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit befürchten lassen. Eine Person, welche eine schwere Lungenentzündung hat, ist im Sinne des Seuchengesetzes krankheitsverdächtig zu Pestzeiten, da bekanntlich die Pest häufig unter dem Bilde einer Lungenentzündung auftritt, sowie zu Zeiten von Milzbrandgefahr, da infolge von Einatmung von Milzbrandsporen eine eigenartige Form von Lungenentzündung vorkommt. Krankheitsverdächtig zu Cholerazeiten sind Personen mit akut auftretenden, heftigen und schnell zu Entkräftung führenden Durchfällen; krankheitsverdächtig zur Zeit einer Typhusepidemie sind Personen mit hohem Fieber, Allgemeinerscheinungen und Durchfall. Aus diesen Beispielen geht hervor, daß der Begriff des Krankheitsverdachts ein keineswegs einheitlicher, sondern von der Natur der in Frage stehenden übertragbaren Krankheiten abhängig ist und daher ohne die Mitwirkung eines erfahrenen Arztes nicht entschieden werden kann. Das Gesetz macht daher alles weitere von der Erklärung des beamteten Arztes abhängig, ob der Verdacht des Auftretens der betreffenden Krankheit begründet ist oder nicht.

Ansteckungsverdächtig im Sinne der Seuchengesetze sind solche Personen, bei welchen zwar Krankheitserscheinungen noch nicht vorliegen, bei denen aber infolge ihrer nahen Berührung mit Kranken die Besorgnis gerechtfertigt ist, daß sie den Krankheitsstoff in sich aufgenommen haben. Ansteckungsverdächtig sind daher alle Angehörigen des Kranken und das Pflegepersonal, sowie alle Personen, welche mit dem Kranken längere oder kürzere Zeit in Gemeinschaft gelebt haben. Kommt z. B. auf einem Floß ein Fall von Cholera vor, so ist die gesamte Bemannung des Floßes als ansteckungsverdächtig zu betrachten. Ansteckungsverdächtig können unter Umständen auch Personen werden, welche mit dem Kranken nur flüchtig in Berührung gewesen sind, z. B. der Kutscher eines Wagens, auf welchem ein Kranker ins Krankenhaus übergeführt worden ist. Einige Krankheiten sind so stark übertragbar, daß ganz flüchtige Berührungen zur Aufnahme des Krankheitsstoffes genügen — dies ist z. B. bei Genickstarre, Pocken und Scharlach der Fall — während bei anderen Krankheiten, z. B. Aussatz, selbst eine längere und innigere Berührung nicht zur Übertragung der Krankheit zu führen braucht. Auch hier bedarf es einer sorgfältigen Abwägung in dem einzelnen Falle.

Bezüglich der Dauer des Ansteckungsverdachtes ist noch folgendes hervorzuheben. Am längsten dauert der Ansteckungsverdacht beim Aussatz. Neuere Erfahrungen haben ergeben, daß Personen, welche mit Aussätzigen in Berührung gewesen sind, zuweilen erst nach 5 Jahren selbst an Aussatz erkranken. Daß bei der Tollwut die Zeit der Inkubation gleichfalls eine lange ist, wurde schon erwähnt. Wiederholt ist beobachtet worden, daß Personen, welche von einem tollen oder tollwutverdächtigen Tiere gebissen wurden, erst nach Monaten bis zu einem Jahre an Tollwut erkrankten. Bei den übrigen übertragbaren Krankheiten ist die Zeit der Inkubation eine erheblich kürzere. Sie wird bei Cholera bis zu 5, bei Pest bis zu 11, bei Scharlach bis zu 13 Tagen angenommen, bei Typhus dauert sie 8—14, bei Trichinose etwa 14 Tage; wie lange sie bei Genickstarre dauert, steht noch nicht genügend fest.

Die Personen, auf welche die Beobachtung erstreckt werden darf, sind bei den einzelnen übertragbaren Krankheiten verschieden. Bei den sechs Krankheiten des Reichsgesetzes sind sowohl die Kranken wie die krankheits- und ansteckungsverdächtigen Personen einer Beobachtung zu unterwerfen. Von den Krankheiten des preußischen Gesetzes ist nur bei Syphilis, Tripper und Schanker eine so ausgedehnte Beobachtung zulässig, und auch nur bei solchen Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben; kranke und krankheitsverdächtige Personen dürfen nur bei Körnerkrankheit, Rotz, Rückfallfieber und Typhus einer Beobachtung unterworfen werden, während bei Tollwut sich das Recht der Beobachtung auf die ansteckungsverdächtigen Personen beschränkt.

Diese Einschränkungen sind von erheblicher Bedeutung für die Bekämpfung der betreffenden Krankheit. Es ist klar, daß die Entscheidung darüber, ob krankheitsverdächtige Personen wirklich krank sind, und ob ansteckungsverdächtige Personen den Ansteckungsstoff wirklich in sich aufgenommen haben, bei denjenigen Krankheiten, deren Erreger bekannt ist, nur auf Grund der bakteriologischen Untersuchung entschieden werden kann. Eine solche Untersuchung zu erzwingen, ist die Polizeibehörde aber nur bei denjenigen Krankheiten in der Lage, bei welchen das Gesetz eine Beobachtung der Krankheitsverdächtigen und der Ansteckungsverdächtigen zuläßt. Im Falle des Krankheitsverdachtes ist die Beobachtung, also auch die Erzwingung einer bakteriologischen Untersuchung gesetzlich zulässig unter den bakteriologisch aufgeklärten Krankheiten bei Aussatz, Cholera, Pest, Rotz, Rückfallfieber und Typhus, sowie bei Syphilis und Tripper, sofern es sich um Personen handelt, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben. Hiernach hat also eine Person, welche unter typhusverdächtigen Erscheinungen erkrankt ist, nicht das Recht, die Hergabe von Untersuchungsmaterial zur bakteriologischen Untersuchung zu verweigern. Dagegen ist die Beobachtung von ansteckungsverdächtigen Personen von den bakteriologisch aufgeklärten Krankheiten nur zulässig bei Aussatz, Cholera, Pest. Daraus folgt, daß anscheinend gesunde Personen in der Umgebung von Kranken, welche an Diphtherie, Genickstarre, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr und Typhus leiden, nicht gezwungen werden können, etwas von ihren Ausleerungen zur bakteriologischen Untersuchung herzugeben. Dies ist zweifellos eine Lücke im Gesetz. Bei der großen Rolle, welche solche Personen, wenn sie die Krankheitserreger bei sich führen, ohne selbst erkrankt zu sein, die sogenannten Bazillenträger, bei der Verbreitung von Krankheiten spielen, wäre es im Interesse der Seuchenbekämpfung sehr erwünscht, wenn man sie zu bakteriologischen Untersuchungen zwingen könnte. Der beamtete Arzt, welcher mit der Feststellung einer übertragbaren Krankheit beauftragt ist, muß sich dessen stets bewußt sein, daß eine solche Befugnis zum Zwange nicht besteht. Es wird ihm aber sicherlich in den meisten Fällen gelingen, durch freundliche Vorstellungen einen etwaigen Widerstand zu beseitigen. Die beamteten und praktischen Ärzte werden sicherlich auch bei den Krankheiten, bei welchen eine Beobachtung der ansteckungsverdächtigen Personen nicht zulässig ist, eine solche in unauffälliger Weise durchführen können und müssen. Sie werden, wenn ihr Amt oder Beruf sie in die Behausung einer kranken Person führt, ihr Augenmerk auch auf die gesunden Personen in der Umgebung derselben richten und sie immer wieder auf die Gefahr, in welcher sie sich selbst befinden, und auf die Notwendigkeit der Befolgung der Desinfektionsmaßregeln aufmerksam machen.

II. Meldepflicht für zureisende Personen.

§ 13 R.G. **Die höhere Verwaltungsbehörde kann für den Umfang ihres Bezirkes oder für Teile desselben anordnen, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde zu melden sind.**

A. A. § 8 P.G. II. Die Regierungspräsidenten können in Fällen dringender Gefahr für den Umfang ihres Bezirkes oder für Teile desselben im Polizeiverordnungswege vorschreiben, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer der Inkubationszeit entsprechend zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen Körnerkrankheit, Rückfallfieber oder Typhus ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde schriftlich oder mündlich zu melden sind (§ 13 des Reichsgesetzes).

Unter zureisenden Personen sind nicht nur ortsfremde Personen, die von auswärts eintreffen, sondern auch ortsangehörige Personen zu verstehen, die nach längerem oder kürzerem Verbleiben in einer von der betreffenden Krankheit betroffenen Ortschaft oder in einem solchen Bezirke nach Hause zurückkehren.

Die Schutzmaßregel, welche das Seuchengesetz an zweiter Stelle bespricht, ist die Meldepflicht für Personen, welche aus verseuchten Ortschaften oder Bezirken zureisen. Das Reichsseuchengesetz besimmt in § 13 hierüber, daß die höhere Verwaltungsbehörde, d. h. der Regierungspräsident, für den Umfang ihres Bezirkes oder für Teile desselben anordnen kann, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde zu melden sind. Diese Bestimmung beruht auf der Erfahrung, daß eine Reihe von übertragbaren Krankheiten, namentlich Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken, durch den Verkehr verbreitet wird. Bei der Verbreitung der Cholera und Pest spielt bekanntlich der Pilgerverkehr im Orient eine außerordentliche Rolle; für uns in Deutschland kommt namentlich der Schiffs- und Eisenbahnverkehr in Betracht. Während der Zeit der Inkubation befindet sich der Mensch meistens vollkommen wohl, kann also aus einer Gegend, in welcher eine Seuche in epidemischer Verbreitung herrscht, zuweilen noch weithin reisen, ehe er selbst erkrankt. Die Erfahrung spricht ja dafür, daß zu Zeiten von Epidemien zahllose Leute ihren Heimatsort verlassen, um der Seuche zu entfliehen, und so zur Verbreitung der Krankheit in erheblicher Weise beitragen. Das preußische Gesetz beschränkt die Befugnis der Einführung einer solchen Meldepflicht

auf Körnerkrankheit, Rückfallfieber und Typhus, weil gerade bei diesen Krankheiten der Verkehr eine ebenso große Rolle spielt wie bei den Krankheiten des Reichsgesetzes. Zu bedauern ist, daß dieselbe Befugnis nicht bei Genickstarre und Ruhr gegeben ist. Daß die Genickstarre durch den Verkehr in außerordentlicher Weise verbreitet wird, haben die Erfahrungen des Jahres 1905 unzweifelhaft ergeben. Übrigens ist hervorzuheben, daß eine Meldepflicht bei Körnerkrankheit in Preußen schon seit längerer Zeit besteht, da durch Erlaß des Herrn Ministers des Innern vom 4. September 1899 vorgeschrieben ist, daß russische Saisonarbeiter der Polizeibehörde von ihrer Arbeitsstätte innerhalb von 3 Tagen nach ihrer Ankunft zu melden und auf Körnerkrankheit ärztlich zu untersuchen sind. Eine Lücke weist diese Bestimmung insofern auf, als das Gesetz bei den drei Krankheiten (Körnerkrankheit, Rückfallfieber und Typhus), bei denen es die Einführung der Meldepflicht zuläßt, nicht gleichzeitig die Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen gestattet, während doch die Meldepflicht nur dann Zweck hat, wenn sich an die Meldung eine Beobachtung anschließen kann.

In den Anweisungen des Bundesrates für die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten und in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu dem preußischen Gesetz zu § 8 Ziff. 3, II, Abs. 2 wird noch bestimmt, daß unter zureisenden Personen nicht nur ortsfremde Personen, die von auswärts eintreffen, sondern auch ortsangehörige Personen zu verstehen sind, die nach längerem oder kürzerem Verbleiben in einer von der betreffenden Krankheit betroffenen Ortschaft oder in einem solchen Bezirke nach Hause zurückkehren. Es ist ohne weiteres klar, daß ein Einwohner von Berlin, der in der Zeit, als in Hamburg die Cholera herrschte, dorthin gereist war, dort ebensogut Cholerakeime in sich aufgenommen haben konnte, wie Personen, die in Hamburg wohnten, und daher bei seiner Rückkehr nach Berlin für diese Stadt ebenso gefährlich werden konnte, wie eine in Hamburg ansässige Person.

Die Erfahrung spricht dafür, daß die höheren Verwaltungsbehörden im allgemeinen wenig Neigung haben, von der Bestimmung des § 13 R.G. Gebrauch zu machen. Es ist zuzugeben, daß sie mit einer großen Erschwerung des Verkehrs verbunden ist, und daß sie namentlich im Grenzverkehr, der zu Zeiten, wo in einem Nachbarland eine Epidemie herrscht, besonders gefährlich ist, sich nur überaus schwer durchführen läßt. Würde jede Person, welche im Grenzverkehr die Grenze überschreitet, sich polizeilich melden müssen, so würde dies zu einer gewaltigen Belästigung nicht nur der Bevölkerung, sondern auch der Polizeibehörden führen, und die Folge davon würde sein, daß sich schließlich die gesamte Bevölkerung der Grenzorte unter Beobachtung befände, eine Maßregel, die völlig undurchführbar wäre.

Der Einführung der Meldepflicht kann daher eine große Wirksamkeit bei der Seuchenbekämpfung nicht zugeschrieben werden, doch ist nicht zu leugnen, daß sie gelegentlich einmal auch von guter Wirkung sein kann.

III. Absonderung kranker und verdächtiger Personen.

Die Überzeugung kommt bei Ärzten und Laien immer mehr zum Durchbruch, daß die Hauptgefahr für die Verbreitung übertragbarer Krankheiten die Kranken selbst darstellen, und daß alle Maßregeln sich in erster Linie gegen den Kranken selbst zu richten haben. Mit Recht wird daher sowohl vom Reichs- als auch vom preußischen Seuchengesetz der Schwerpunkt auf die Absonderung der kranken und verdächtigen Personen gelegt.

1. Umfang des Rechtes zur Anordnung der Absonderung.

§ 14 R.G. Für kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen kann eine Absonderung angeordnet werden.

A. A. P. G. § 8. III. Einer Absonderung (§ 14 Abs. 2 R.G.) können unterworfen werden:
1. kranke Personen, und zwar:
   a) ohne Einschränkung bei übertragbarer Genickstarre, Ruhr und Tollwut; Erwachsene auch bei Diphtherie und Scharlach;
   b) bei Diphtherie und Scharlach unterliegen auch Kinder der Absonderung, jedoch mit der Maßgabe, daß ihre Überführung in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gegen den Widerspruch der Eltern nicht angeordnet werden darf, wenn nach der Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist;
   c) kranke Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, bei Syphilis, Tripper und Schanker.
2. kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Rotz, Rückfallfieber und Typhus.

Nach § 14 Abs. 1 R.G. kann für kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen eine Absonderung angeordnet werden.

Die Durchführung dieser Maßregel stößt bei Kranken und krankheitsverdächtigen Personen in der Regel auf keine Schwierigkeiten. Anders ist es bei ansteckungsverdächtigen, d. h. bei solchen Personen, welche sich vollständig wohl fühlen und daher, selbst wenn sie gebildet sind, schwer begreifen, daß sie eine Gefahr für die Allgemeinheit darstellen sollen. Handelt es sich dabei um Personen, welche

darauf angewiesen sind, durch ihrer Hände Arbeit sich und ihre Angehörigen zu erhalten, so wird man es ihnen zu gute halten müssen, wenn sie darüber in Erbitterung geraten, sich infolge der Absonderung zur Untätigkeit verurteilt zu sehen. Vor Anordnung der Absonderung ansteckungsverdächtiger Personen haben daher die Polizeibehörden und der beamtete Arzt mit besonderer Gewissenhaftigkeit zu prüfen, in welchem Umfange diese Anordnung zu treffen ist, damit ja niemand abgesondert wird, bei dem es nicht unbedingt erforderlich ist.

Nach dem preußischen Gesetz ist die Anordnung der Absonderung bei ansteckungsverdächtigen Personen ausgeschlossen, bei krankheitsverdächtigen Personen ist sie nur zulässig bei Rotz, Rückfallfieber und Typhus. Bei kranken Personen ist sie zulässig bei Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, Rotz, übertragbarer Ruhr, Rückfallfieber, Scharlach, Tollwut und Typhus, sowie bei Schanker, Syphilis und Tripper, sofern die betreffenden Personen gewerbsmäßig Unzucht treiben. Sie ist also nicht zulässig bei Personen, welche an Fisch-, Fleisch- und Wurstvergiftung, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopftuberkulose oder Trichinose erkrankt sind.

2. Durchführung der Absonderung kranker Personen.

§ 14 Abs. 2 R.G. Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

A. A. P. G. § 8, III, Abs. 4—6. Die Absonderung kranker und krankheitsverdächtiger Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzt oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt, und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur

Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet.

Die Absonderung ist womöglich in der Behausung des Kranken durchzuführen; in Fällen aber, wo dies nach den Verhältnissen nicht möglich, ist durch entsprechende Vorstellungen nach Möglichkeit dafür zu sorgen, daß der Kranke sich freiwillig in ein geeignetes Krankenhaus überführen läßt. Dies gilt namentlich von solchen Kranken, welche sich in engen, dichtbevölkerten Wohnungen, in öffentlichen Gebäuden, Schulen, Kasernen, Gefängnissen usw. oder in Räumen neben Milch- und Speisewirtschaften oder auf Gehöften, welche Milchlieferungen besorgen, befinden, sowie von Personen, welche kein besonderes Pflegepersonal zur Verfügung haben, sondern von ihren zugleich anderweitig in Anspruch genommenen Angehörigen gepflegt werden müssen.

Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Karnken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

§ 14 Abs. 2 R.G. enthält die näheren Bestimmungen über die Art und Weise, in welcher die Absonderung von kranken Personen durchzuführen ist.

Bei der Anordnung und Durchführung der Absonderung hat man stets den Zweck derselben, daß eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist, im Auge zu behalten. Der Kranke darf daher mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzt oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommen, jedoch soll Angehörigen und Urkundspersonen (Rechtsanwälte und Notare), insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet sein.

Behufs Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheit ist der Zutritt zu dem Kranken nur unter Beobachtung folgender Maßregeln zu gestatten:

1. Man darf das Krankenzimmer nicht betreten, ohne zuvor ein waschbares Überkleid anzulegen, was sofort nach dem Verlassen des Krankenzimmers abzulegen ist; es empfiehlt sich, einige derartige schürzenartige Überkleider in einem Vorraume vor dem Krankenzimmer aufzuhängen; dies ist namentlich bei Cholera, Fleckfieber, Pest, Pocken, Rückfallfieber und Scharlach zu beachten.

2. Man darf innerhalb des Krankenzimmers weder essen, trinken noch rauchen; dies ist besonders wichtig bei Cholera, Ruhr und Typhus.

3. Man vermeide unnötige Berührungen (Küssen) des Kranken und stelle sich in seiner Nähe so, daß man von den von dem Kranken beim Sprechen, Räuspern, Husten oder Niesen etwa verspritzten

Schleimtröpfchen nicht getroffen werden kann. Dies ist namentlich bei Diphtherie, Genickstarre, Lungenmilzbrand, Lungenpest und Lungentuberkulose zu beachten.

4. Man desinfiziere vor dem Verlassen des Krankenzimmers die Hände durch Abspülen mit Sublimatlösung (1‰).

In den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu dem preußischen Gesetz sind in Ziffer 3, III, Abs. 2 zu § 8 die Bestimmungen des Reichsgesetzes übernommen. Die Absonderung des Kranken soll nach dem weiteren Wortlaut dieser Ausführungsbestimmungen womöglich in seiner Behausung durchgeführt werden. Dies wird freilich nur in besseren Privatwohnungen durchführbar sein, wo es möglich ist, dem Kranken ein eigenes Zimmer zur Verfügung zu stellen, welches einen besonderen Eingang nach dem Korridor hat und mit den übrigen Wohnzimmern nicht direkt durch eine Tür in Verbindung steht. In dem größten Teile der Wohnungen, namentlich in großen Städten und Industriebezirken, aber auch auf dem Lande, ist eine wirksame Absonderung eines Kranken in seiner Behausung nicht möglich; sie ist gänzlich ausgeschlossen in einer Wohnung, welche nur aus Zimmer, Kammer und Küche oder gar nur aus einem Zimmer mit Kochgelegenheit besteht, in dem sich eine ganze Familie, zuweilen auch noch Einlieger, zusammendrängen. In solchen Fällen wird von einer Absonderung des Kranken in seiner Behausung von vornherein Abstand genommen werden müssen. Dies wird aber auch in größeren Wohnungen der Fall sein, wenn sich für den Kranken kein eigener, von den übrigen Räumen der Wohnung sicher abschließbarer Raum verfügbar machen läßt.

In den Fällen, in welchen die Absonderung kranker Personen in ihrer Behausung nicht in der Weise durchgeführt werden kann, daß eine Verbreitung der Krankheit ausgeschlossen ist, kommt ihre Überführung in ein geeignetes Krankenhaus in Frage. Nach dem Regulativ von 1835 darf kein Kranker wider den Willen des Familienhauptes aus seiner Wohnung entfernt werden, und in zweifelhaften Fällen darf solches immer erst auf den Beschluß der Polizeibehörde und der betreffenden Sanitätskommission geschehen, welche dafür zu sorgen hat, daß der Transport in einer für den Kranken nicht gefährlichen und jedes Aufsehen vermeidenden Weise durch Personen bewirkt werde, welche mit den nötigen Vorsichtsmaßregeln bekannt gemacht worden sind.

Das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 macht die Anordnung der Polizeibehörde, daß ein Kranker aus seiner Wohnung entfernt wird, nicht von dem Beschluß der betreffenden Gesundheitskommission, sondern von der Erklärung des beamteten Arztes abhängig, daß die Überführung zum Zwecke der Absonderung unerläßlich ist. Bei der Beratung des Gesetzes im Reichstage wurde im Interesse des Kranken die Vorschrift

hinzugefügt, daß außer jener Erklärung des beamteten Arztes auch noch die Erklärung des behandelnden Arztes eingeholt werden muß, daß die Überführung des Kranken ohne Schädigung desselben zulässig ist. Diese Vorschrift wird von mancher Seite als lästig empfunden, weil dadurch das Bestimmungsrecht der Polizeibehörde eingeschränkt und unter Umständen eine erhebliche Verzögerung herbeigeführt werden kann. Man sollte meinen, das Gutachten des beamteten Arztes müßte genügen, da er als Arzt durchaus in der Lage ist, beurteilen zu können, ob ein Transport für einen Kranken schädlich ist oder nicht. Es muß jedoch zugegeben werden, daß der beamtete Arzt, auch wenn er ein noch so tüchtiger praktischer Arzt ist, den Zustand eines Kranken, den er zum ersten Male sieht, nicht ebensogut beurteilen kann wie der Arzt, welcher ihn in Behandlung hat. Im Verlaufe mancher Krankheiten treten Zwischenfälle ein, welche einen Transport als in hohem Grade bedenklich erscheinen lassen können. Beim Typhus z. B. treten nicht selten in der 3. Krankheitswoche plötzlich schwere Darmblutungen ein, die einen Transport als ausgeschlossen erscheinen lassen müssen. Man kann es daher nur als zweckmäßig bezeichnen, daß die Überführung eines Kranken in ein Krankenhaus von der Übereinstimmung des beamteten mit dem behandelnden Arzte abhängig gemacht wird, wobei jener die Interessen der Allgemeinheit, dieser diejenigen des Kranken zu vertreten hat. Freilich setzt diese Bestimmung ein großes Pflichtgefühl bei beiden Seiten voraus. Die von manchen Seiten geäußerte Befürchtung, es könne gelegentlich ein praktischer Arzt aus Abneigung gegen einen beamteten Arzt die Überführung eines Kranken in ein Krankenhaus ohne zwingende Gründe hintertreiben, darf wohl ohne weiteres als unbegründet bezeichnet werden. Es ist vielmehr anzunehmen, daß sich bei der Entscheidung dieser für die Allgemeinheit so bedeutungsvollen Frage jeder Arzt seiner Verantwortlichkeit voll bewußt ist.

Eine weitere Einschränkung enthält das preußische Gesetz bezüglich der an Diphtherie und Scharlach leidenden Kinder, indem es ihre Überführung in ein Krankenhaus von der Zustimmung der Eltern abhängig macht. Die Abgeordneten, auf deren Antrag diese Bestimmung in das Gesetz hineingekommen ist, wollten, mit Rücksicht darauf, daß kranke Kinder in der Regel bei ihren Eltern am besten aufgehoben sind, den Eltern das Bestimmungsrecht über ihre Kinder wahren. Jedoch soll die Überführung solcher Kinder auch gegen den Widerspruch der Eltern angeordnet werden dürfen, wenn nach der Ansicht des behandelnden oder des beamteten Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung nicht sichergestellt ist. Die Antragsteller haben übersehen, daß die von ihnen in das Gesetz gebrachte Bestimmung eigentlich gar keine Verbesserung, sondern eher eine Verschlechterung herbeigeführt hat. Denn während bei allen übrigen Krankheiten

der beamtete und der behandelnde Arzt zusammenwirken müssen, ist, wie ausdrücklich hervorgehoben werden muß, bei Diphtherie und Scharlach das Zusammenwirken beider Ärzte nicht erforderlich, vielmehr wird das Gutachten von einem von beiden für ausreichend erachtet. Von sachverständiger Seite sind gegen diese Regelung erhebliche Bedenken erhoben worden; denn sie gewährt in der Tat nicht eine solche Sicherheit gegen die Ausbreitung der Krankheit, als sie durch das verständnisvolle Zusammenwirken des beamteten und des behandelnden Arztes gewährleistet würde. Indessen darf man hoffen, daß diese Bedenken an Berechtigung verlieren, je mehr sich in der Bevölkerung die Überzeugung Bahn bricht, daß kranke Kinder nirgends besser aufgehoben sind als im Krankenhause, wo ihnen jederzeit sachgemäße Pflege zuteil wird, und im Notfalle sofort ärztliche Hilfe gewährt werden kann.

Die Überführung kranker Personen darf übrigens nach dem Gesetz nur in ein „geeignetes" Krankenhaus geschehen. — Als geeignet zur Aufnahme von Kranken mit einer übertragbaren Krankheit sind nur solche Krankenhäuser zu verstehen, in denen eine derartige Absonderung kranker Personen durchführbar ist, „daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist".

Die Überzeugung, daß zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten die Überführung des Kranken in ein Krankenhaus nicht genügt, sondern daß auch im Krankenhause eine Absonderung des Kranken unerläßlich ist, hat sich selbst unter den Ärzten erst in neuerer Zeit Bahn gebrochen. In früheren Jahren pflegte man in den Krankenhäusern, abgesehen von Aussatz-, Cholera-, Pest- und Pockenkranken, die von jeher abgesondert wurden, Kranke jeder Art ohne Bedenken nebeneinander zu legen. Die traurigen Erfahrungen der Kriegslazarette und der chirurgischen Kliniken führten zur Absonderung von Kranken mit Wundrose und Hospitalbrand. Semmelweiß lehrte die Notwendigkeit der Absonderung von Wöchnerinnen mit Puerperalfieber. Auch zur Herrichtung besonderer Räume für Kranke mit hitzigen Ausschlagskrankheiten — Fleckfieber, Masern, Röteln, Scharlach — und mit Diphtherie verstand man sich allmählich. Daß aber allen Infektionskranken, z. B. auch denen mit Genickstarre, Körnerkrankheit, Lungentuberkulose, Ruhr, Typhus usw., besondere Räume zugewiesen werden müssen, will auch heute noch nicht allen Ärzten erforderlich erscheinen.

Und doch sprechen die zahlreichen Fälle, in denen Personen vom Ärzte- und Wärterpersonal oder Kranke, die wegen einer anderen Krankheit das Krankenhaus aufgesucht haben, sich in diesem mit einer Infektionskrankheit anstecken, eine beredte Sprache. Derartige Ereignisse stellen schwere Anklagen gegen die Krankenhausverwaltung

dar, denn sie dürfen in einem gut geleiteten Krankenhause nicht vorkommen. Wenn die übertragbaren Krankheiten überhaupt vermeidbar sind — und sie sind vermeidbar —, dann müssen sie auch im Krankenhause selbst vermieden werden. Es soll nicht verkannt werden, daß diese Forderung unter Umständen schwer zu erfüllen ist. Nichtsdestoweniger muß angestrebt werden, daß sie überall erfüllt wird.

Es ist mit Genugtuung festzustellen, daß der Krankenhausbau zur Zeit in einem fröhlichen Aufschwung begriffen ist. Eine Großstadt nach der anderen geht zur Errichtung eines städtischen Krankenhauses über, zahlreiche Kreise haben bereits Kreiskrankenhäuser errichtet oder ihre Errichtung beschlossen, die Industrie schließt sich dem allgemeinen Wetteifer an. Bei diesem vielseitig verbreiteten Verständnis für die Bedeutung der Krankenhäuser bedarf es sicherlich nur der Anregung, um in jedem Krankenhause die Möglichkeit der wirksamen Absonderung von Infektionskranken zu schaffen.

In größeren Krankenhäusern sind besondere Isolierhäuser zu verlangen, welche von den übrigen Teilen — Blocks, Pavillons, Baracken — der Krankenhäuser hinreichend entfernt und mit besonderen Ärzten und Krankenpflegern ausgestattet sein müssen. Auch ist zu verlangen, daß in dem Isolierhause selbst eine vollkommene räumliche und pflegerische Trennung gewisser Arten von Kranken — Diphtherie, Scharlach, Tuberkulose, Typhus — durchführbar ist. Sehr empfehlenswert ist dabei eine Maßregel Heubners, welcher sämtliche kranke Kinder, die in die Kinderklinik des Berliner Charitékrankenhauses kommen, einer immunisatorischen Einspritzung mit Diphtherieheilserum unterzieht.

In mittleren Krankenhäusern wird man sich mit einer Isolierabteilung begnügen, aber auch diese so einrichten lassen müssen, daß in derselben die Wärter so zahlreich und die Nebenräume — Teeküchen, Wärterstuben, Badezimmer, Klosetts — so reichlich vorhanden sind, daß auch hier eine möglichst vollkommene Trennung der verschiedenartigen Infektionskrankheiten durchführbar ist.

In kleineren Krankenhäusern ist die Erfüllung einer so weitgehenden Forderung nicht möglich. In ihnen pflegen aber auch nur ausnahmsweise Kranke mit verschiedenen Infektionskrankheiten gleichzeitig Aufnahme zu suchen. Hier dürften daher zwei oder drei etwas abgelegene Zimmer mit abwaschbaren Wänden und Fußböden und besonderen Nebenräumen allen billigen Anforderungen genügen. Das Pflegepersonal müßte aber auch hier im Bedarfsfall mit den Kranken abgesondert und von den übrigen Kranken der Anstalt ferngehalten werden.

Die Durchführung dieser Forderungen stellt, wie nicht zu verkennen ist, höhere Ansprüche an die Kommunen und Verbände, aber die dadurch bedingten Ausgaben werden durch die dadurch erreichte Abnahme der Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten mehr als wettgemacht.

Ist eine wirksame Absonderung der Kranken in der eigenen Behausung derselben nicht durchführbar, ein geeignetes Krankenhaus an seinem Wohnort oder in erreichbarer Nähe nicht vorhanden, so ist nach dem Gesetz die Überführung des Kranken in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum zulässig. Als solcher ist nur ein solcher Raum anzusehen, welcher auf der einen Seite dem Kranken eine menschenwürdige Unterkunft bietet, andererseits aber eine wirksame Absonderung des Kranken gewährleistet. Nicht in Frage kommen daher Schulgebäude, Spritzenhäuser, Ställe u. dgl. Dagegen werden abgelegene und zufällig leerstehende oder leicht freizumachende Wohnhäuser, Tanzsäle, Fabrikräume u. dgl. sich unter Umständen schnell und ohne erhebliche Kosten für die Unterbringung von Kranken einrichten lassen, oder es werden Baracken, im Sommer vielleicht sogar offene Schuppen (Hangards) oder Zelte für die Kranken aufzuschlagen sein.

Läßt sich auch das nicht ermöglichen, so wird unter Umständen nichts weiter übrig bleiben, als den Kranken mit einer Pflegeperson in seiner Wohnung abzusondern und die gesunden Personen, denen dann anderweitig unentgeltliche Unterkunft zu gewähren ist, aus der Wohnung zu entfernen.

Hier ohne unnötigen Zeitverlust das Richtige zu treffen, ist eine dankenswerte Aufgabe für die Polizeibehörde und den beamteten Arzt.

3. Absonderung verdächtiger Personen.

§ 14 Abs. 3 R.G. Auf die Absonderung krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen finden die Bestimmungen des Abs. 2 sinngemäße Anwendung. Jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen nicht in demselben Raume mit kranken Personen untergebracht werden. Ansteckungsverdächtige Personen dürfen in demselben Raume mit krankheitsverdächtigen Personen nur untergebracht werden, soweit der beamtete Arzt es für zulässig hält.

Die Absonderung krankheitsverdächtiger Personen hat genau in derselben Art und Weise stattzufinden wie diejenige von Kranken; jedoch dürfen krankheitsverdächtige Personen nicht in demselben Raume mit kranken Personen untergebracht werden. Der Grund dieser Bestimmung liegt auf der Hand. Würde man z. B. eine Person, welche unter Erscheinungen erkrankt ist, die den Ausbruch des Typhus befürchten lassen, bei der sich aber nachher herausstellt, daß sie in Wirklichkeit nicht an Typhus leidet, in denselben Raum gebracht haben, in welchem sich Typhuskranke befinden, so würde man sie der Gefahr ausgesetzt haben, sich an diesen Typhuskranken anzustecken und nunmehr wirklich an Typhus zu erkranken.

Ganz aus demselben Grunde verbietet das Reichsgesetz weiter die Unterbringung von ansteckungsverdächtigen Personen in demselben Raume, in welchem sich kranke Personen befinden, während das Gesetz es von dem Gutachten des beamteten Arztes abhängig macht, ob ansteckungsverdächtige Personen in demselben Raume mit krankheitsverdächtigen Personen untergebracht werden können.

Von praktischer Bedeutung sind diese Bestimmungen hauptsächlich für die gemeingefährlichen Krankheiten, namentlich für Cholera, Fleckfieber, Pest und Pocken. In den Quarantäneanstalten der größeren Häfen und in den Überwachungsstellen, welche gelegentlich der gesundheitlichen Überwachung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs an den größeren Wasserstraßen angelegt werden, sind daher stets drei verschiedene Unterkunftsräume erforderlich, solche für kranke, solche für krankheitsverdächtige und endlich solche für ansteckungsverdächtige Personen. In größeren Anlagen empfiehlt es sich, für jede dieser drei Kategorien einen oder mehrere Pavillons oder Baracken bereitzustellen; in kleineren Anlagen wird es zulässig erscheinen, diese Räume in demselben Gebäude unterzubringen, jedoch so, daß alle drei vollständig voneinander getrennt sind und nicht nur eigene Ausgänge, sondern auch eigene Nebenräume (Aborte, Bade- und Wärterzimmer) haben. Eine gleiche Einrichtung ist in den Infektionsabteilungen allgemeiner Krankenhäuser zu treffen.

In früheren Zeiten pflegte man in dieser Beziehung vielfach anders zu verfahren. Wenn z. B. in einer kinderreichen Familie ein Kind an M a s e r n erkrankte, so pflegten die Ärzte zu raten, das erkrankte Kind nicht von den anderen zu trennen, damit diese gleich miterkrankten, weil bei der großen Verbreitung dieser Krankheit ihr doch kaum jemand entgeht. Heute ist man vorsichtiger und trennt, wenn irgend möglich, die übrigen Kinder, auch wenn sie schon Vorboten der Krankheit zeigen, so lange von dem masernkranken, bis auch bei ihnen die Masern zweifellos ausgebrochen sind. Noch ängstlicher ist man begreiflicherweise bei den schwerer verlaufenden Kinderkrankheiten D i p h t h e r i e und S c h a r l a c h. Die getrennte Absonderung kranker, krankheits- und ansteckungsverdächtiger Personen ist aber, wie leicht einzusehen, selbst in besseren Privatwohnungen kaum durchführbar.

4. Kenntlichmachung von Wohnungen, in denen Kranke sich befinden.

§ 14 Abs. 4 R.G. Wohnungen oder Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden.

A. A. § 8, 3 P.G. IV. W o h n u n g e n o d e r H ä u s e r, in welchen an Rückfallfieber oder Typhus erkrankte Personen sich befinden, können k e n n t l i c h g e m a c h t w e r d e n (§ 14 Abs. 4 R.G.).

Dies hat bei Tage durch eine gelbe Tafel mit dem Namen der betreffenden Krankheit, bei Nacht durch eine gelbe Laterne zu geschehen, welche an einer in die Augen fallenden Stelle anzubringen sind.
Ungeachtet der Schwierigkeiten, mit welchen die erfolgreiche Durchführung unter Umständen, z. B. in Großstädten, verbunden sein mag, wird doch geeignetenfalls von dieser Maßnahme namentlich in Ortschaften mit dicht zusammenwohnender Bevölkerung, z. B. in Industriegebieten, Gebrauch gemacht werden müssen.

Um die Absonderung des Kranken mit Sicherheit durchführen zu können, ist es unter allen Umständen geboten, von dem Hause, in welchem er sich befindet, jeden unnötigen Verkehr fernzuhalten. Gerade durch Krankenbesuche werden übertragbare Krankheiten außerordentlich häufig verbreitet. Verfolgt man den Gang besonders von Kinderkrankheiten (Diphtherie, Masern, Scharlach usw.) genauer, so kann man förmliche Ketten von Übertragungen konstruieren, die von einem Hause in andere führen und meist durch Krankenbesuche vermittelt worden sind. Um einen solchen unerwünschten Verkehr tunlichst einzuschränken, verleiht § 14 Abs. 4 R.G. der Polizeibehörde das Recht, Wohnungen oder Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, kenntlich zu machen. Diese Maßregel ist nicht nur für die Krankheiten des Reichsgesetzes, sondern nach dem preußischen Gesetz auch für Rückfallfieber und Typhus zulässig. Nach den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 8 dieses Gesetzes (Ziff. 3, IV, Abs. 2) hat die Kennzeichnung bei Tage durch eine gelbe Tafel mit dem Namen der betreffenden Krankheit, nachts durch eine gelbe Laterne zu geschehen, welche an einer in die Augen fallenden Stelle anzubringen sind.

Bei der großen Übertragbarkeit von Diphtherie, Genickstarre und Scharlach wäre es erwünscht, daß die Maßregel nach dem Gesetz auf diese Krankheiten anwendbar wäre. Es wird Aufgabe der Ärzte und Lehrer sein, ihren Einfluß auf die Eltern und Kinder dahin geltend zu machen, daß diese von Krankenbesuchen in verwandten und befreundeten Familien grundsätzlich zurückgehalten werden.

Man hat die Wirksamkeit dieser Maßregel vielfach bezweifelt, indem man darauf hinwies, daß auch das Ungewöhnliche in kurzer Zeit seinen Schrecken verliert, und daß weite Kreise der Bevölkerung es sich gegenseitig nie verzeihen würden, wenn sie es unterlassen würden, ihre kranken Verwandten und Freunde zu besuchen. Auch hat man auf die Häuser in großen Städten hingewiesen, von denen manche ebenso viele Einwohner haben wie eine kleine Stadt, und gefragt, an welcher Stelle eines solchen Hauses die gelbe Tafel angebracht werden sollte.

Die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zum P.G. erkennen diese Schwierigkeiten selbst an, heben aber mit Recht hervor, daß doch unter geeigneten Verhältnissen, z. B. in dichtbevölkerten Industriegebieten, von dieser Maßregel Gebrauch zu machen ist.

5. Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal.

§ 14 Abs. 5 R.G. **Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden.**

A. A. § 8, 3 P.G. V. Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden bei Diphtherie, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Scharlach und Typhus (§ 14 Abs. 5 R.G.).

Diese Beschränkungen werden in der Regel darin zu bestehen haben, daß Pflegepersonen, welche einen mit einer dieser Krankheiten behafteten Kranken in Pflege haben, nicht gleichzeitig eine andere Pflege übernehmen dürfen, daß sie während der Pflege ein waschbares Überkleid zu tragen, die Desinfektionsvorschriften gewissenhaft zu befolgen und den Verkehr mit anderen Personen und in öffentlichen Lokalen tunlichst zu meiden haben.

Geben sie die Pflege des Kranken auf, so ist ihnen zu untersagen, die Pflege eines anderen Kranken zu übernehmen, bevor sie sich selbst, ihre Wäsche und Kleidung einer gründlichen Reinigung und Desinfektion unterzogen haben.

Erfahrungsgemäß können zur Verbreitung der Krankheit nicht nur die kranken, krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen, sondern auch die Pflegepersonen beitragen. Denn genau genommen sind die Pflegepersonen selbst ansteckungsverdächtig, weil sie bei ihrer langen und innigen Berührung mit dem Kranken zahlreiche Gelegenheiten haben, die Krankheitskeime in sich aufzunehmen. Auch erkranken ja leider nicht selten die Pfleger von Infektionskranken selbst an der betreffenden Krankheit. Mit Rücksicht hierauf bestimmt das Reichsgesetz, daß für das berufsmäßige Pflegepersonal Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden können.

Diese für die Krankheiten des Reichsgesetzes geltende Bestimmung wird durch das preußische Gesetz auf Diphtherie, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Scharlach und Typhus ausgedehnt. Sie ist also, wie ausdrücklich hervorgehoben werden muß, für andere übertragbare Krankheiten, z. B. für Genickstarre, Milzbrand, Rotz und Ruhr, bedauerlicherweise nicht zulässig. Auch die Vorschrift, daß die Verkehrsbeschränkungen nur für das berufsmäßige Pflegepersonal und nicht für alle Personen, welche mit der Pflege des Kranken zu tun haben, angeordnet werden können, wird bei manchen Bedenken erregen. Der Grund für diese Bestimmung ist darin zu suchen, daß die mit der Pflege des Kranken sich etwa beschäftigenden Angehörigen desselben während der Erkrankung die Behausung nur in dringenden Fällen verlassen und daher zur Verbreitung der Krankheit verhältnismäßig wenig Gelegenheit haben, während von dem berufsmäßigen Pflegepersonal angenommen werden muß, daß es nicht selten mehrere Kranke gleichzeitig in Behandlung hat, von einem Hause oder von einer Straße zur anderen geht und so unter Umständen zur Verbreitung der Krankheit erheblich beitragen kann.

Bei der Beratung des Gesetzes wurde die Frage aufgeworfen,

ob es nicht notwendig wäre, auch für die Ärzte derartige Verkehrsbeschränkungen anzuordnen, weil sie durch ihren Beruf regelmäßig in eine große Anzahl von Häusern geführt werden. Letzteres ist zwar zutreffend; aber man darf annehmen, daß die Ärzte sich der Gefahr wohlbewußt und bestrebt sein werden, diese Gefahr möglichst zu vermeiden. Eine Beschränkung der Ärzte in ihrer Bewegungsfreiheit ist nicht durchführbar, denn sie würde ja gerade zu Zeiten von Epidemien von den größten Gefahren für die Allgemeinheit sein; wohl aber darf man von jedem Arzte erwarten, daß er bei der Behandlung seiner Kranken sich möglichster Vorsicht befleißigt, beim Betreten des Krankenraumes ein waschbares Überkleid anlegt und nach dem Verlassen desselben sich sorgfältig reinigt und desinfiziert.

Über die Art der Beschränkungen, welche für das berufsmäßige Pflegepersonal in Frage kommen, bestimmen die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zum preußischen Gesetz in Ziff. 3, V, Abs. 2 und 3 zu § 8 das Nähere.

Es ist gefragt worden, ob Gemeindeschwestern, welche in der ambulatorischen Krankenpflege tätig sind, gleichen Beschränkungen unterworfen werden sollen. Diese Frage muß verneint werden. Bei dem großen Mangel an Gemeindeschwestern wäre die Durchführung der Gemeindepflege unmöglich, wenn eine Schwester, welche einen Kranken mit Diphtherie besucht, andere Kranke nicht aufsuchen dürfte. Man muß aber von ihr erwarten, daß sie sich, ebenso wie die Ärzte, beim Betreten einer Wohnung, in welcher ein Kranker mit einer übertragbaren Krankheit sich befindet, ein waschbares Überkleid anzieht und vor dem Verlassen der Wohnung sich sorgfältig reinigt und desinfiziert.

6. Dauer der Absonderung.

A. A. zu § 8 P.G. 2. Die getroffenen Anordnungen sind wieder aufzuheben:
bezüglich der kranken Personen
nach erfolgter Genesung, nach Überführung in das Krankenhaus oder nach dem Ableben des Kranken, in allen Fällen jedoch nur, nachdem die vorschriftsmäßige Schlußdesinfektion stattgefunden hat;
bezüglich der krankheitsverdächtigen Personen bei Kindbettfieber, Rückfallfieber, Typhus und Rotz, wenn sich der Verdacht als begründet nicht herausgestellt hat; bei Typhus ist dies erst dann anzunehmen, wenn eine mindestens zweimalige bakteriologische Untersuchung negativ ausgefallen ist.

3. III. Abs. 5. Geht die Krankheit einer wegen Ruhr oder Typhus abgesonderten Person in Genesung über, so ist die Absonderung nicht eher aufzuheben, als bis sich die Stuhlentleerungen des Kranken bei zwei, durch den Zeitraum einer Woche voneinander getrennten bakteriologischen Untersuchungen als frei von Ruhr- bzw. Typhusbazillen erwiesen haben. Ist dies jedoch nach Ablauf von zehn Wochen, vom Beginn der Erkrankung ab gerechnet, noch nicht der Fall, so ist die Absonderung zwar aufzuheben, der Kranke aber als Bazillenträger zu behandeln.

Schon oben ist die Frage gestreift worden, wann die Absonderung einer kranken oder verdächtigen Person wieder aufgehoben werden darf. Dies darf zweifellos nicht geschehen, bevor jede Ansteckungsgefahr vorüber ist. Nach § 16 Abs. 4f des Regulativs vom 8. August 1835 sind auch die Rekonvaleszenten bis zum Ablauf ihrer Rekonvaleszenz noch isoliert zu erhalten, nach § 19 Abs. 1 a. a. O. hat erst „nach seiner (des Kranken) durch den Arzt erklärten völligen Genesung" die Schlußdesinfektion zu erfolgen.

Gegen diese auch heute noch durchaus richtige Auffassung wird jedoch in der Praxis vielfach gefehlt, weil die klinische Genesung, wie wir jetzt wissen, mit der bakteriologischen nicht zusammenfällt, d. h. weil der Rekonvaleszent bei vielen Krankheiten nach Eintritt scheinbar völliger Genesung noch eine Zeit lang ansteckend bleibt.

Cholerakranke scheiden nicht selten nach völligem Ablauf des Choleraanfalls noch virulente Choleravibrionen im Stuhle aus; Diphtherie- und Genickstarrekranke beherbergen noch wochenlang nach der Genesung die Diphtheriebazillen bezw. Meningokokken im Rachenschleim; Ruhr- und Typhusrekonvaleszenten können sogar noch monatelang nach ihrer klinischen Genesung Ruhr- bezw. Typhusbazillen in ihrem Kot ausscheiden.

Bei Krankheiten, wie Cholera, Diphtherie, Genickstarre, Milzbrand und Pest, bei denen, soweit wir wissen, der Aufenthalt der Krankheitskeime im Kranken die klinische Genesung nur verhältnismäßig kurze Zeit überdauert, sollte die Absonderung des Kranken nicht eher sufgehoben werden, als bis der Nachweis erbracht ist, daß die Krankheitskeime aus den Absonderungen des Kranken verschwunden sind. Bei Krankheiten, wie Ruhr und Typhus, bei denen die Ausscheidung von Krankheitskeimen den Eintritt der klinischen Genesung Monate und selbst Jahre überdauern kann, verbietet sich die Aufrechterhaltung der Absonderung während einer so langen Zeit von selbst. Bei diesen Krankheiten muß man die Kranken, auch wenn sie „Dauerausscheider" sind, nach Ablauf einer bestimmten Zeit nach Eintritt der klinischen Genesung aus der Absonderung entlassen; man muß aber, wozu man unzweifelhaft das Recht hat, ihre Ausleerungen von Zeit zu Zeit bakteriologisch untersuchen und dafür Sorge tragen, daß die Kranken während der Zeit der Bazillenausscheidung ihre Ausleerungen regelmäßig desinfizieren. Zu einer solchen „Beobachtung" gibt § 8 Abs. 1 Ziff. 7 u. 10 die gesetzliche Unterlage.

Hier ist der Ort, um mit einigen Worten der sogenannten „Bazillenträger", d. h. derjenigen Personen aus der Umgebung des Kranken zu gedenken, welche die Krankheitskeime beherbergen und in ihren Absonderungen ausscheiden, ohne klinisch krank zu sein. Wir kennen solche bis jetzt mit Sicherheit bei Cholera, Diphtherie, Genickstarre, Pneumonie, Ruhr und Typhus. Sind

diese Personen als krank, krankheits- oder ansteckungsverdächtig anzusehen?

Ansteckungsverdächtig sind sie zweifellos nicht, denn es besteht ja bei ihnen nicht der Verdacht, sondern die Gewißheit, daß sie die Krankheitskeime in sich aufgenommen haben. Sie sind daher auch nicht krankheitsverdächtig, sondern krank im Sinne des Gesetzes, trotzdem sie sich anscheinend wohl befinden. Daß diese Auffassung die richtige ist, geht schon daraus hervor, daß es bereits mehrmals beobachtet werden konnte, daß Personen aus der Umgebung von Kranken, in deren Ausleerungen Cholera-, Genickstarre- bezw. Typhuserreger gefunden waren, kurz darauf selbst an Cholera, Genickstarre bezw. Typhus erkrankten. Durchaus folgerichtig sagt denn auch die Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera in § 17 Abs. 1: „Anscheinend gesunde Personen, in deren Ausleerungen bei der bakteriologischen Untersuchung Choleraerreger gefunden wurden, sind wie Kranke zu behandeln.“ Nur mit Rücksicht auf die lange Dauer, während deren die Bazillenträger beim Typhus die Typhuserreger ausscheiden, nimmt die Anweisung des Medizinalministers für die Bekämpfung des Typhus nicht denselben Standpunkt ein, sondern begnügt sich mit der Vorschrift in Ziff. 3 I Abs. 6 der allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 8 P.G.:

„Anscheinend gesunde Personen, welche in ihren Ausleerungen die Erreger von Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, Ruhr oder Typhus ausscheiden („Bazillenträger“), sind auf die Gefahr, welche sie für ihre Umgebung bilden, aufmerksam zu machen und zur Befolgung der erforderlichen Desinfektionsmaßnahmen anzuhalten.“

7. Krankenbeförderung.

A. A. § 8 III Abs. 7—10 P.G. Zur Beförderung von Personen, welche nach den Bestimmungen des Gesetzes abgesondert werden können, sollen dem öffentlichen Verkehr dienende Beförderungsmittel (Droschken, Straßen- oder Eisenbahnwagen u. dgl.) in der Regel nicht benutzt werden.

Soll dennoch ein derartiger Kranker oder Krankheitsverdächtiger ausnahmsweise mit der Eisenbahn befördert werden, so darf dies von der Polizeibehörde nur unter der Bedingung gestattet werden, daß der Person ein zuverlässiger Begleiter beigegeben wird. Auch hat die Polizeibehörde den Transport dem Bahnhofsvorstand der Abfahrts- sowie demjenigen der Bestimmungsstation rechtzeitig vorher unter Angabe von Tag und Stunde der Abfahrt und der Ankunft anzuzeigen. Der Bahnhofsvorstand der Abgangsstation hat dem Zugführer und dem Schaffner des Wagenabteils, in welchem die Person befördert werden soll, in einer für dieselbe schonenden Form von der Art der Erkrankung Kenntnis zu geben.

Das betreffende Wagenabteil und der Abort sind alsbald vorschriftsmäßig zu desinfizieren.

Es ist schon in seuchenfreien Zeiten darauf hinzuwirken, daß wenigstens in den größeren Städten zur Beförderung der Kranken geeignete, außen und innen desinfizierbare Fuhrwerke von Fuhrherren, Vereinen oder aus öffentlichen Mitteln bereit gehalten werden.

Dem Führer des Wagens ist nach jeder Benutzung durch einen Kranken seitens der Ortspolizeibehörde ein Schein über die Ausführung des Transports auszuhändigen, welcher binnen 24 Stunden, mit einem Ausweis über die Ausführung der Desinfektion des Fuhrwerks versehen, an die Ortspolizeibehörde zurückzugeben ist.

Über die Art und Weise, wie die Beförderung von Kranken ausgeführt werden soll, enthält das Reichsgesetz keine Bestimmung. In § 16 Abs. 1 des Regulativs stand darüber, daß der Transport auf eine für den Kranken nicht gefährliche und jedes Aufsehen vermeidende Weise durch Personen bewirkt werden soll, welche mit den nötigen Vorsichtsmaßregeln bekannt gemacht worden sind. In den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu dem preußischen Gesetz wird in Ziffer 3, III, Abs. 6 zu § 8 bestimmt, daß zur Beförderung von Personen, welche nach den Bestimmungen des Gesetzes abgesondert werden können, dem öffentlichen Verkehr dienende Beförderungsmittel (Droschken, Straßen- oder Eisenbahnwagen u. dgl.) in der Regel nicht benutzt werden dürfen. In den Anweisungen für die Bekämpfung der einzelnen Krankheiten wird dies noch weiter erläutert. So heißt es z. B. in § 16 Abs. 4 und 5 der Anweisung für Bekämpfung der Diphtherie folgendermaßen:

„Es ist schon in seuchenfreien Zeiten darauf hinzuwirken, daß wenigstens in den größeren Städten zur Beförderung der Kranken geeignete, außen und innen desinfizierbare Fuhrwerke von Fuhrherren, Vereinen oder aus öffentlichen Mitteln bereit gehalten werden.

Dem Führer des Wagens ist nach jeder Benutzung durch einen Kranken seitens der Ortspolizeibehörde ein Schein über die Ausführung des Transports auszuhändigen, welcher binnen 24 Stunden, mit einem Ausweise über die Ausführung der Desinfektion des Fuhrwerkes versehen, an die Ortspolizeibehörde zurückzugeben ist.“

Diese Vorschrift wird sicher zu einer Besserung des Krankentransportwesens führen, welches nicht nur auf dem platten Lande, sondern auch in manchen Städten noch sehr im argen liegt, neuerdings aber größere Beachtung erfährt und bereits in einigen Städten, wie Berlin, Cöln, Frankfurt a. M. u. a., eine mustergültige Regelung gefunden hat.

Das Regulativ enthielt in § 16 Abs. 3 eine Bestimmung, welche weder in das Reichsgesetz noch in das preußische Gesetz aufgenommen worden ist, nämlich, daß der Transport von ansteckenden Kranken nach anderen Privatwohnungen nur mit Bewilligung der Polizeibehörde geschehen darf, welche für die Beobachtung der hierbei erforderlichen sanitätspolizeilichen Maßregeln Sorge zu tragen hat. Nach den beiden neuen Gesetzen ist die Überführung von Kranken aus ihrer in eine andere Behausung keiner Beschränkung unterworfen, doch muß, wie bereits bei der Besprechung der Anzeigepflicht hervorgehoben wurde, von einer derartigen Überführung der Polizeibehörde unverzüglich

Anzeige erstattet werden, damit sie in der Lage ist, zu prüfen, ob in der neuen Wohnung eine ausreichende Absonderung des Kranken möglich ist. Es braucht jedoch nicht ausdrücklich hervorgehoben zu werden, daß es in hohem Grade unerwünscht, weil für die Verbreitung der Seuche förderlich ist, einen Kranken mit einer übertragbaren Krankheit aus einem Privathaus in ein anderes überzuführen.

IV. Beschränkungen des Gewerbebetriebes.

§ 15 Ziff. 1, 2 R.G. Die Landesbehörden sind befugt, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind,

1. **hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie hinsichtlich des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Überwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln anzuordnen; die Ausfuhr von Gegenständen der bezeichneten Art darf aber nur für Ortschaften verboten werden, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind,**
2. **Gegenstände der in Nr. 1 bezeichneten Art vom Gewerbebetrieb im Umherziehen anzuschließen.**

A. A. P.G. § 8, 3. VI. Für Ortschaften und Bezirke, welche von Diphtherie, Milzbrand, Scharlach oder Typhus befallen sind, können hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung, sowie hinsichtlich des Vertriebes von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Überwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln angeordnet, auch können Gegenstände der bezeichneten Art vorübergehend vom Gewerbebetriebe im Umherziehen ausgeschlossen werden (§ 15 Ziff. 1 und 2 des Reichsgesetzes).

Von den hierhergehörigen Betrieben kommen namentlich in Betracht: Vorkosthandlungen, Molkereien, Milch- und Speisewirtschaften, Eß- und Delikateßwarenhandlungen, Bäckereien, Konditoreien sowie Lumpenhandlungen bei Diphtherie und Scharlach, die drei erstgenannten Betriebe auch bei Typhus, Abdeckereien, Bürsten- und Pinselfabriken, Gerbereien, Lumpenhandlungen, Papierfabriken, Roßhaarspinnereien, Schlächtereien und Wollsortierereien bei Milzbrand.

Mit dem Zeitpunkte, in welchem der Kranke in ein Krankenhaus übergeführt und die Wohnung wirksam desinfiziert ist, sind die Beschränkungen unverzüglich wieder aufzuheben.

Sind auch die Kranken und deren Pflegepersonen in erster Linie als Verbreiter übertragbarer Krankheiten in Betracht zu ziehen, so haben doch schon von alters her mancherlei Erfahrungen bewiesen, daß auch Zwischenträger unbelebter Art nicht selten die Krankheits-

übertragung vermitteln können. Schon seit lange hat man von giftfangenden Waren gesprochen, deren Bedeutung allerdings in früheren Zeiten erheblich überschätzt worden ist. Die Beobachtung, daß sich namentlich die Pest durch den Schiffsverkehr verbreitet, lenkte den Verdacht auf die Waren hin, während wir jetzt wissen, daß hierbei viel weniger die Waren selbst, als die zwischen ihnen im Schiff sitzenden Ratten eine Rolle spielen. Der ganze Ausdruck „giftfangend" ist nach unseren jetzigen Anschauungen veraltet und rührt noch aus den Zeiten her, als man sich unter den Krankheitsgiften wesenlose Miasmen vorstellte, welche sich in der Umgebung des Kranken entwickelten, in die Luft übergingen und mit dieser eingeatmet würden. Seit wir wissen, daß die bis jetzt entdeckten Krankheitserreger wohlcharakterisierte Tierchen oder Pflänzchen sind, welche zum Teil mit den Ausscheidungen des Kranken an die Oberfläche gelangen, werden wir Waren nur insoweit als gefährlich ansehen dürfen, als sie mit den Absonderungen des Kranken nachweislich in Berührung gekommen sind. Hierdurch schränkt sich die durch den Warenverkehr bedingte Gefahr ganz außerordentlich ein.

Unter den Gegenständen, welche nach Benutzung durch einen Kranken in den Verkehr gebracht werden können, kommen in erster Linie getragene Wäsche- und Kleidungsstücke in Betracht, welche nicht durch Reinigung und Desinfektion von den ihnen etwa noch anhaftenden Krankheitskeimen befreit worden sind. Bekannt ist die im Winter 1878/79 erfolgte Einschleppung der Pest nach der Kosakenstanitza Wetljanka an der Wolga durch Beutestücke, welche die Kosaken vom russisch-türkischen Kriegsschauplatze heimgesandt hatten, bekannt die Verschleppung der Cholera nach Nordamerika im Jahre 1848 durch schmutzige Wäsche, welche dorthin von Europa gesandt worden war; bekannt sind ferner die Übertragungen von Scharlach und Tuberkulose durch Kleidungsstücke, welche von Kranken herrühren. Ähnliche Erfahrungen finden sich in der Literatur über Krankheitsübertragungen bei Fleckfieber, Pocken und Typhus verzeichnet; sicher kommt auch bei Diphtherie und Masern Ähnliches nicht selten in Betracht.

Außer Wäsche und Kleidungsstücken sind Lumpen gefährlich, weil sich unter ihnen häufig Wäschefetzen, zerlumpte Kleider u. dgl. von erkrankten Personen finden, an welchen noch Krankheitskeime haften.

So gefährlich diese Dinge sind, so verkehrt wäre es, frisch angefertigte oder eben gereinigte Wäsche, neue Kleider und die aus Tuchfabriken herrührenden Abfälle, welche auch als Lumpen bezeichnet werden, als Quellen einer Krankheitsübertragung zu betrachten.

Neben der Wäsche und den Kleidern sind auch die Betten und die Gebrauchsgegenstände erkrankter Personen gefährlich. Althandlungen, in welchen gebrauchte Betten und Möbel verkauft

werden, werden daher zu Zeiten von Epidemien mit besonderer Vorsicht zu behandeln sein.

Neben den vorstehend erwähnten, unmittelbar von den Kranken selbst herrührenden Gegenständen kommen gewisse Nahrungsmittel in Betracht, die unter Umständen die Krankheitskeime in sich aufnehmen und weiterverbreiten können. Dies gilt vor allem von der Milch, die besonders bei der Verbreitung der Cholera, der Ruhr und des Typhus eine Rolle spielt. In die Milch gelangen die Krankheitskeime entweder dadurch, daß Personen, welche mit der Krankenpflege beschäftigt sind, die Kühe melken, ohne sich vorher die Hände sorgfältig gereinigt zu haben, oder dadurch, daß die Melkeimer mit Wasser ausgespült werden, in welches die Krankheitskeime gelangt sind. Besonders gefährlich sind in dieser Beziehung die sogenannten Sammelmolkereien, in welche eine größere Anzahl von kleinen Viehbesitzern regelmäßig ihre Milch einliefert, um sie dort zu Butter verarbeiten zu lassen und dann die nach der Buttergewinnung übrigbleibende Magermilch wieder zurück zu empfangen. Befindet sich auf dem Gehöfte eines der Interessenten einer solchen Sammelmolkerei ein Fall von Cholera, Typhus oder Ruhr, so wird die Milch von diesem Gehöft überaus leicht mit Krankheitskeimen infiziert; wird diese Milch dann in der Sammelmolkerei verarbeitet, so wird, wie zahlreiche epidemiologische Erfahrungen beweisen, häufig genug die Krankheit auf einen großen Teil der Milchlieferanten übertragen. Kommt eine solche infizierte Milch in die Stadt, wird sie dort in Vorkosthandlungen, Milch- und Speisewirtschaften, Bäckereien und Konditoreien weiterverarbeitet, so kann sie, wie leicht ersichtlich, die Krankheit weiterverbreiten. Inwieweit die Milch bei Diphtherie und Scharlach eine Rolle spielt, ist noch nicht mit Sicherheit aufgeklärt, jedoch spricht mancherlei dafür, daß auch diese Krankheiten gelegentlich durch die Milch verbreitet werden können. Daß die Milch von milzbrandkranken Tieren die Krankheit zu übertragen vermag, ist eine bekannte Tatsache; ebenso wird die Milch von Tieren, welche an Maul- und Klauenseuche leiden, als Krankheitsübertrager angesehen. Eine besondere Rolle spielt die Milch auch bei der Tuberkulose. Allerdings ist diese Frage noch nicht völlig geklärt, denn einerseits gehen die Anschauungen über die Rolle, welche die Milch bei der Verbreitung der Tuberkulose spielt, noch auseinander, da Robert Koch eine solche Möglichkeit leugnet, während von Behring sie als Hauptquelle der Tuberkulose des Menschen ansieht. Andererseits muß ausdrücklich festgestellt werden, daß, selbst wenn von Behring recht hätte, das Gesetz uns keine Handhabe gibt, den Verkehr mit der Milch von perlsüchtigen Kühen irgendwelcher Beschränkung zu unterwerfen, weil ja Erkrankungen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose nicht anzeigepflichtig, und die bezüglichen Bestimmungen des Reichsgesetzes daher

auf dieselben nicht anwendbar sind. Hier wird die in Beratung befindliche Novelle zum Viehseuchengesetz hoffentlich Abhilfe schaffen.

Für Tierkrankheiten, welche auf den Menschen übertragbar sind, kommen die von den Tieren herrührenden Gegenstände als Krankheitsübertrager in Betracht; von solchen Krankheiten erwähnt das Gesetz Milzbrand, Rotz und Wut, jedoch können die beiden letzteren bei dieser Betrachtung ausscheiden, weil die Übertragung von Rotz und Wut durch Abfallstoffe von Tieren kaum je beobachtet worden ist. Um so häufiger kommt etwas derartiges bei Milzbrand vor. Rinder, Schafe und Schweine, welche an Milzbrand erkranken, haben reichliche blutige Durchfälle; in diesen Ausleerungen befinden sich zahlreiche Krankheitskeime, welche an der Luft überaus dauerhafte Sporen bilden. Diese Krankheitskeime finden sich auch im Blute der erkrankten Tiere. Wird ein solches Tier geschlachtet, so wird das austretende Blut die Krankheit übertragen können. So kommt es, daß besonders Schlächter und Abdecker, welche mit derartigen Tieren zu tun haben, nicht so selten an Milzbrandkarbunkel erkranken. Das Gleiche beobachtet man in Gerbereien, in welchen die Felle von Rindern und Schafen verarbeitet werden, während in anderen Fabriken, in denen die Wolle von Schafen sortiert, Roßhaare gesponnen, Schweineborsten zu Bürsten und Pinseln verarbeitet und Lumpen verhandelt oder zu Papier verarbeitet werden, infolge der Einatmung des hierbei sich entwickelnden Staubes eine eigenartige Form von Lungenmilzbrand, die sogenannte Hadernkrankheit, entsteht. Eine sehr eigenartige Entstehungsweise des Lungenmilzbrandes hatte ich während meines Aufenthaltes in Ägypten Gelegenheit zu beobachten. Dort erkrankten in einem Fellahdorfe fast gleichzeitig 40 Frauen an einer schweren Lungenentzündung, welche den Verdacht von Lungenpest erweckte. Herr Professor Bitter, der Direktor des hygienischen Instituts in Cairo, stellte jedoch fest, daß es sich nicht um Pest, sondern um Milzbrand handelte, und daß die Erkrankung dadurch zustande gekommen war, daß die Frauen, wie es in Ägypten allgemein üblich ist, den Dünger von Kamelen zu kleinen Kuchen verarbeitet hatten, welche als Brennmaterial dienen sollten. Der Dünger rührte von an Milzbrand erkrankten Kamelen her, bei deren Verarbeitung die Milzbrandsporen verstäubten, und so war diese eigenartige Erkrankung zustande gekommen.

Die Befugnis, Maßregeln zu treffen, durch welche die vorstehend gekennzeichneten Gefahren verhütet werden können, wird durch § 15 Ziff. 1 und 2 R.G. gegeben, und zwar besteht diese Befugnis hinsichtlich der sechs Krankheiten des Reichsgesetzes nicht nur für Ortschaften und Bezirke, welche von einer dieser Krankheiten befallen, sondern auch für solche, welche von ihr nur bedroht sind. Zu Zeiten von Cholera-, Fleckfieber-, Pest- und Pockengefahr können also die

bezüglichen Anordnungen auch bereits für solche Ortschaften oder Gegenden erlassen werden, in welchen die betreffende Krankheit noch nicht aufgetreten ist.

Durch das preußische Gesetz werden die Befugnisse des § 15 Ziff. 1 und 2 R.G. auf Diphtherie, Milzbrand, Scharlach und Typhus ausgedehnt, jedoch mit der Maßgabe, daß diese Anordnungen nur für Ortschaften zulässig sind, welche bereits von der Krankheit befallen sind. Hier besteht also eine Einschränkung nach zwei Richtungen hin: Während im Reichsgesetz von Ortschaften und Bezirken die Rede ist, ist im preußischen Gesetz nur von Ortschaften die Rede: eine Anordnung auf Grund des § 15 darf also in einer Ortschaft nicht etwa schon erlassen werden, wenn eine andere Ortschaft des betreffenden Kreises oder Regierungsbezirkes von der Seuche befallen ist, sondern erst wenn die Krankheit in der Ortschaft selbst aufgetreten ist. Die andere Einschränkung besteht darin, daß diese Anordnung nicht präventiv, also nicht, wenn die Krankheit sich nähert, getroffen werden darf, sondern erst, wenn die Krankheit wirklich da ist. Es liegt auf der Hand, daß durch diese Einschränkung die Wirksamkeit der Maßregel in hohem Grade beeinträchtigt wird; denn es kann nicht ausbleiben, daß sie in vielen Fällen zu spät getroffen werden wird.

In § 15 Abs. 1 R.G. ist aber noch eine weitere Einschränkung enthalten; es darf nämlich die Ausfuhr von Gegenständen der bezeichneten Art nur für Ortschaften verboten werden, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind. Hieraus folgt unmittelbar, daß die Ausfuhr von Gegenständen der bezeichneten Art für Ortschaften, in denen Diphtherie, Milzbrand, Scharlach oder Typhus ausgebrochen ist, nicht verboten werden kann. Auch hierdurch wird der Erfolg der Seuchenbekämpfung unter Umständen in Frage gestellt. Es ist nämlich klar, daß z. B. die Ausfuhr von Milch aus einer Ortschaft, in welcher Typhus ausgebrochen ist, nicht verboten werden kann, man ist nach den Bestimmungen des Gesetzes vielmehr lediglich auf Maßregeln beschränkt, welche sich auf die Herstellung, Behandlung, Aufbewahrung und den Vertrieb der Milch am Orte der Gewinnung selbst beschränken. Glücklicherweise reichen diese Maßregeln, wenn sie zweckmäßig getroffen werden, aus, um die Milch ihrer Gefahren zu entkleiden. Ebensowenig gefährlich ist das Verbot, schmutzige Wäsche, getragene Kleider und Lumpen von der Ausfuhr auszuschließen, weil die Behörden es ja in der Hand haben, vor der Ausfuhr eine wirksame Desinfektion bezw. Vernichtung der verdächtigen Gegenstände anzuordnen.

In den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu dem preußischen Gesetz wird in Ziff. 3, VI, Abs. 3 zu § 8 noch ausdrücklich angeordnet, daß mit dem Zeitpunkt, an welchem der Kranke in ein Krankenhaus übergeführt und die Wohnung wirksam desinfiziert ist,

die Beschränkungen der Gewerbebetriebe unverzüglich wieder aufzuheben sind. Diese Bestimmung bezieht sich natürlicherweise nur auf solche Betriebe, welche dadurch gefährdet sind, daß in dem betreffenden Hause oder auf dem Gehöfte, in welchem der Gewerbetrieb ausgeübt wird, ein Kranker vorhanden war. Sie trifft also für Viehbesitzer, Vorkosthandlungen, Milch- und Speisewirtschaften, Eß- und Delikateßhandlungen, Bäckereien, Konditoreien usw. zu. Bei allen denjenigen Betrieben aber, in welchen tierische Produkte verarbeitet oder verhandelt werden, sowie in Lumpenhandlungen und Althandlungen mit getragenen Kleidern, gebrauchten Möbeln u. dgl., sowie in denjenigen Gewerben, welche mit den Fellen, Borsten, Haaren und der Wolle an Milzbrand erkrankter oder verendeter Tiere sich beschäftigen, kommt die Einschränkung des Abs. 3 nicht in Betracht, sondern die Gefahr hört erst auf nach Beseitigung der verdächtigen Gegenstände und nach Desinfektion der Stellen, wo sie gelagert und verarbeitet worden sind.

§ 15 Abs. 2 R.G. erteilt den Behörden die Befugnis, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, Gegenstände der in Nr. 1 bezeichneten Art vom Gewerbebetriebe im Herumziehen auszuschließen. Diese Befugnis wird durch das preußische Gesetz auf Diphtherie, Milzbrand, Scharlach und Typhus ausgedehnt, jedoch wieder mit der Einschränkung, daß die Anordnung nur für solche Ortschaften zulässig ist, welche von der betreffenden Krankheit befallen sind. Hierbei kommen wieder in erster Linie alte Kleider, Lumpen u. dgl., demnächst Milch und die Abfälle von milzbrandkranken Tieren in Betracht.

V. Beschränkung von Menschenansammlungen.

§ 15, Ziff. 3 R.G. Die Landesbehörden sind befugt, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind,

3. die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, zu verbieten oder zu beschränken.

A. A. § 8, 3 P.G. VII. Für Ortschaften und Bezirke, in welchen Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus aufgetreten ist, kann die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, verboten oder beschränkt werden, sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat.

Vor Erlaß derartiger Anordnungen ist sorgfältig zu prüfen, ob die Größe der abzuwendenden Gefahr mit den damit verbundenen wirtschaftlichen Nachteilen für die Bevölkerung in einem entsprechenden Verhältnisse steht.

Viel wichtiger als Handelswaren sind, wie schon weiter oben ausgeführt wurde, die Menschen für die Verbreitung der übertragbaren Krankheiten. Welche Rolle namentlich der Pilgerverkehr für die Ausbreitung der Cholera und der Pest spielt, wurde bereits hervorgehoben. Auch die Verbreitung von Fleckfieber, Pocken und Typhus wird durch den Verkehr außerordentlich begünstigt. Aus diesem Grunde enthält schon § 13 des Regulativs von 1835 die Bestimmung, daß während des Vorhandenseins lebensgefährlicher ansteckender Epidemien an einem Orte die Polizeibehörden alle ungewöhnlichen Anhäufungen von Menschen auf einem Raume zu verhüten haben. Es heißt dann weiter: „Breitet sich die Krankheit sehr aus, so können sie nach Umständen auch die Schließung der öffentlichen Vergnügungs- und anderer Versammlungsorte, mit Ausschluß der Kirchen, ingleichen die Aufhebung der Wochenmärkte anordnen oder geeignete Modifikationen behufs der Verminderung der Gefahr der Ansteckung vorschreiben. Jahrmärkte können nur auf Veranlassung des Oberpräsidenten der Provinz, Messen nur durch Verfügung der betreffenden Ministerien aufgehoben werden."

Durch § 15 Ziff. 3 R.G. erhalten die Landesbehörden die Befugnis, die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmassen mit sich bringen, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, zu verbieten oder zu beschränken.

Durch das preußische Gesetz wird diese Bestimmung auf Rückfallfieber, Ruhr und Typhus ausgedehnt, jedoch wiederum mit zwei Einschränkungen. Erstens darf diese Anordnung erst getroffen werden für Ortschaften und Bezirke, welche von Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus bereits befallen sind, und nicht nur das, sondern erst, sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat. Und um die Anwendung dieser Vorschrift noch mehr einzuengen, wird in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zum preußischen Gesetz Ziff. 3, VII, Abs. 2 zu § 8 noch ausdrücklich vorgeschrieben: „Vor Erlaß derartiger Anordnungen ist sorgfältig zu prüfen, ob die Größe der abzuwendenden Gefahr mit den damit verbundenen wirtschaftlichen Nachteilen für die Bevölkerung in einem entsprechenden Verhältnisse steht."

Die unterschiedliche Behandlung der vorgenannten drei Krankheiten von den „gemeingefährlichen" Krankheiten des Reichsgesetzes hat eine gewisse Berechtigung, wenigstens hinsichtlich Ruhr und Typhus. Wollte man Märkte, Messen und andere Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, erst dann verbieten oder beschränken, wenn die Cholera, das Fleckfieber, die Pest oder die Pocken bereits an dem betreffenden Orte aufgetreten sind oder sich gar

epidemisch verbreitet haben, so käme diese Maßregel zweifellos zu spät, während das meist mildere Verhalten der Ruhr und des Typhus eine solche Aufschiebung der getroffenen Anordnung durchaus als zulässig erscheinen läßt. Zweifelhaft ist es beim Rückfallfieber. Hier kann die mildere Behandlung unter Umständen gefährlich werden. Diese Krankheit sollte daher ebenso behandelt werden können wie Fleckfieber. Bekanntlich kommen zu Märkten und namentlich zu Messen zahlreiche Menschen von auswärts, die infolge der Überfüllung der Stadt oder mit Rücksicht auf ihre beschränkten Mittel genötigt sind, sich in Herbergen, Pennen u. dgl. dicht zusammenzudrängen und, wenn sich unter ihren Herbergsgenossen ein Erkrankter befindet, einer großen Gefahr der Ansteckung unterliegen. Bei der Verbreitung der Cholera und Pest hat die große Messe von Nischninowgorod schon wiederholt eine traurige Rolle gespielt. Auch die Entstehung von Pockenepidemien wird durch derartige Menschenansammlungen in hohem Grade begünstigt. Dasselbe gilt vom Fleckfieber, sowie vom Rückfallfieber. Beide Krankheiten werden vermutlich in derselben Weise verbreitet, bei beiden scheinen Insekten, welche das Blut des Kranken saugen und dann die Krankheitskeime beim Stich auf Gesunde übertragen, eine Rolle zu spielen. Überall, wo das Rückfallfieber aufgetreten ist, hat es sich zuerst in niederen Herbergen und Gastwirtschaften angesiedelt. Zu Zeiten von Rückfallfiebergefahr bedürfen derartige Unterkünfte also ganz besonderer Überwachung.

Va. Beschränkung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs.

§ 15, Ziff. 4 u. 5 R.G. Die Landesbehörden sind befugt, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind,

4. die in der Schiffahrt, der Flößerei oder sonstigen Transportbetrieben beschäftigten Personen einer gesundheitspolizeilichen Überwachung zu unterwerfen und kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen sowie Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, von der Beförderung auszuschließen,

5. den Schiffahrts- und Flößereiverkehr auf bestimmte Tageszeiten zu beschränken.

§ 32. In den von der Cholera befallenen oder bedrohten Bezirken können die in der Schiffahrt oder der Flößerei beschäftigten Personen einer gesundheitspolizeilichen Überwachung unterworfen werden. Die Überwachung ist nach den in der Anlage 9 enthaltenen Grundsätzen einzurichten.

P. A. Zur gesundheitspolizeilichen Überwachung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs in den von der Cholera befallenen oder bedrohten Bezirken ist in jedem einzelnen Falle von den betreffenden Regierungspräsidenten die Genehmigung der Minister der Medizinal-Angelegenheiten und für Handel und Gewerbe einzuholen.

Die Belehrung für Schiffer — zu Anlage 9 der Anweisung — wird in der erforderlichen Anzahl in dem Ministerium der Medizinal-Angelegenheiten bereit gehalten und kann behufs Verteilung in Zeiten drohender Choleragefahr erbeten werden.

Anlage 9: Grundsätze für die gesundheitliche Überwachung des Binnenschiffahrts- und Flößereiverkehrs (s. Anhang).

Um die Gefahren, welche mit dem Personenverkehr verbunden sind, tunlichst einzuschränken, erteilt § 15 Ziff. 4 und 5 den Landesbehörden die Befugnis, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, die in der Schiffahrt, der Flößerei oder sonstigen Transportbetrieben beschäftigten Personen einer gesundheitlichen Überwachung zu unterwerfen. Dieselbe Befugnis wird im preußischen Gesetz auf das Rückfallfieber ausgedehnt.

Es bedarf zunächst noch der Erklärung, was unter den sonstigen Transportbetrieben zu verstehen ist. Es können damit nur die Eisenbahnen und die Post gemeint sein. Die in diesen Betrieben beschäftigten Personen haben in der Tat vielfach Gelegenheit, mit Menschen, welche Krankheitskeime in sich aufgenommen haben können, in Berührung zu kommen. Inwieweit diese Personen zu Zeiten von Epidemien gesundheitspolizeilich zu überwachen sind, wird von den betreffenden Verwaltungen von Fall zu Fall bestimmt.

Von Interesse für die allgemeine Landesverwaltung sind besonders die in der Schiffahrt und der Flößerei beschäftigten Personen. In wie hohem Grade sie geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, wurde schon bei dem ersten Auftreten der Cholera in Deutschland erkannt, und eingehende Bestimmungen über die Behandlung ausländischer Flußschiffer finden sich bereits in § 33 des Regulativs von 1835. Danach dürfen ausländische Flußschiffer, welche aus Choleragegenden kommen, zwar die einheimischen Ströme befahren, sie müssen aber während ihrer Durchfahrt auf dem Mastbaum eine gelbe Flagge führen und dürfen das Ufer selbst zum Behufe des Treidelns nicht betreten. Während der Choleraepidemie von 1892/94 und während der Choleragefahr im Jahre 1905 wurde die gesundheitspolizeiliche Überwachung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs auf den gefährdeten Wasserstraßen mit außerordentlichem Erfolge durchgeführt. Es wurden in den gefährdeten Flußgebieten in bestimmten Abständen Überwachungsstellen eingerichtet, welche mit einem ausreichenden Personal von Ärzten, Krankenwärtern, Desinfektoren und Polizeimannschaften, sowie mit Unterkunftsräumen für Kranke, Krankheits- und Ansteckungsverdächtige und einem Desinfektionsapparat ausgestattet wurden. An diesen

Stellen hatten sämtliche stromauf und stromab vorbeifahrenden Schiffe und Flöße anzuhalten und eine gesundheitspolizeiliche Untersuchung durchzumachen, welche sich auf den Gesundheitszustand der Bemannung, auf eine Prüfung des Wassers und der Abortverhältnisse erstreckte. Die Lage der Überwachungsstellen war eine derartige, daß sie ermöglichte, sämtliche Schiffe und Flöße während ihrer Fahrt täglich mindestens einmal zu untersuchen. Das Nähere hierüber ist in § 32 und in Anlage 9 der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera vom 28. Januar 1904 (siehe Anhang) enthalten.

Bisher ist diese Maßregel nur bei der Cholera zur Durchführung gelangt, und sie hat sich bei ihr als besonders wichtig erwiesen, weil die Krankheitskeime mit den Ausleerungen der Kranken in die Flüsse gelangen und auf diese Weise in das Trinkwasser übergehen können. Sie kann gelegentlich auch bei der Pest in Frage kommen, ebenso bei Fleckfieber, Pocken und Rückfallfieber, während sie bei Aussatz, wegen der langsamen Ausbreitung dieser Krankheit, und bei Gelbfieber, da diese Krankheit bei uns im Inlande nicht vorkommt, nicht in Betracht zu ziehen ist.

Die in § 15 Ziff. 5 R.G. für die Behörden enthaltene Befugnis der Beschränkung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs auf bestimmte Tageszeiten ist bei der Einführung der gesundheitspolizeilichen Überwachung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs besonders schwer empfunden worden, weil darunter der Verkehr angeblich stark leidet. Indessen muß berücksichtigt werden, daß eine sorgfältige Untersuchung des Personals doch nur bei Tageslicht möglich ist, und daß auch für gewöhnlich Segelschiffe und Flöße nur bei Tage zu fahren pflegen. Dampfschiffe, welche auch die Nacht zu Hilfe nehmen, dürfen dagegen unbedenklich einige der Überwachungsstellen ohne Untersuchung passieren, wenn nur Vorsorge dafür getroffen wird, daß sie täglich mindestens einmal zu einer gesundheitspolizeilichen Untersuchung kommen.

VI. Beschränkung des Schulbesuchs.

§ 16 R.G. Jugendliche Personen aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, können zeitweilig vom Schul- und Unterrichtsbesuche ferngehalten werden. Hinsichtlich der sonstigen für die Schulen anzuordnenden Schutzmaßregeln bewendet es bei den landesrechtlichen Bestimmungen.

A. A. § 8, 3. P.G. VIII. Abs. 1—4. Jugendliche Personen aus Behausungen, in welchen eine Erkrankung an Diphtherie, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach oder Typhus vorgekommen ist, müssen, soweit und solange eine Weiterverbreitung der Krankheit aus diesen Behausungen durch sie zu befürchten ist, vom Schul- und Unterrichtsbesuche ferngehalten werden

(§ 16 des Reichsgesetzes). Dies hat tunlichst auch bei Erkrankungen an übertragbarer Genickstarre zu geschehen.

Auch ist darauf hinzuwirken, daß der Verkehr dieser Personen mit anderen Kindern, insbesondere auf öffentlichen Straßen und Plätzen, möglichst eingeschränkt wird.

Von jeder Fernhaltung einer Person von dem Schul- und Unterrichtsbesuche hat die Polizeibehörde dem Vorsteher der Schule (Direktor, Rektor, Hauptlehrer, ersten Lehrer, Vorsteherin usw.) unverzüglich Mitteilung zu machen.

Diese Bestimmungen finden auch auf Erziehungsanstalten, Kinderbewahranstalten, Spielschulen, Warteschulen, Kindergärten, Krippen u. dgl. Anwendung.

Bei der Verbreitung der übertragbaren Krankheiten spielt die Schule eine wesentliche Rolle, weil in ihr die Kinder aus den verschiedensten Familien der Ortschaft zusammenströmen und bei ihrer großen Empfänglichkeit für Ansteckungen aller Art reichliche Gelegenheit haben, Krankheitskeime aus einer Familie in die andere zu übermitteln. Wegen der großen Empfänglichkeit der Jugend wird ja eine Anzahl von Krankheiten geradezu als Kinderkrankheiten bezeichnet. Dahin gehören vor allem Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Röteln und Scharlach. Wir wissen aber nach den neueren Untersuchungen, namentlich von R. Koch, daß auch die Malaria und der Typhus ganz besonders das Kindesalter gefährden, und daß die verhältnismäßige Unempfänglichkeit der späteren Lebensalter hauptsächlich darauf beruht, daß die meisten Menschen schon in ihrer Jugend mit den Krankheitsgiften durchseucht und dadurch gegen eine spätere Erkrankung immunisiert sind. Das genauere Studium der übertragbaren Genickstarre während der großen Epidemie des Jahres 1905 hat auch diese heimtückische Krankheit als eine Kinderkrankheit kennen gelehrt.

Das Regulativ vom 8. Aug. 1835 hatte auch die Verhütung der Übertragung ansteckender Krankheiten durch die Schule in den Bereich seiner Regelung gezogen und über die Schließung von Schulen, über die Ausschließung erkrankter Kinder aus denselben und über die Ausschließung gesunder Kinder aus Familien, in welchen eine besonders Kinder gefährdende ansteckende Krankheit herrscht, eingehende Bestimmungen getroffen.

Das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 nimmt jedoch, wie in der Begründung zu § 16 eingehend dargelegt ist, bezüglich der Schulen einen vom Regulativ abweichenden Standpunkt ein. Es wird ausdrücklich erklärt, daß die beim Auftreten einer gemeingefährlichen Krankheit hinsichtlich der Schulen und Unterrichtsanstalten zu treffenden Anordnungen zu den Aufgaben der Schulverwaltung gehören und in dem Entwurf daher nicht Berücksichtigung gefunden haben. Eine Mitwirkung der Polizeibehörde wird nur insoweit als zweckmäßig erachtet, als es sich darum handelt, Kinder aus Behausungen, in welchen

eine Seuche aufgetreten ist, vom Schulbesuche zurückzuhalten. In § 16 des Gesetzes ist daher lediglich diese Bestimmung aufgenommen und erklärt, daß es hinsichtlich der sonstigen für die Schule anzuordnenden Schutzmaßregeln bei den landesrechtlichen Bestimmungen bewendet.

Beim Erlaß des preußischen Gesetzes hatte man zunächst die Absicht, diese durch das Reichsgesetz geschaffene Lücke durch den Erlaß besonderer landesrechtlicher Bestimmungen für die Schule auszufüllen; man nahm aber schließlich davon Abstand und stellte sich auf den Standpunkt der Begründung des Reichsgesetzes, indem man wiederum die beim Auftreten einer übertragbaren Krankheit hinsichtlich der Schulen und Unterrichtsanstalten zu treffenden Anordnungen der Schulverwaltung überließ.

In den am 15. September 1906 erlassenen allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu dem preußischen Gesetz ist in Ziffer 3, VIII, zu § 8 allerdings dieser Standpunkt nicht ganz innegehalten worden, vielmehr beschäftigen sich die drei letzten Absätze dieses Abschnittes auch mit den Schulschließungen und anderen Schutzmaßregeln in Schulen und Unterrichtsanstalten. Eine erschöpfende Regelung der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in den Schulen ist aber erst durch Erlaß des Herrn Unterrichtsministers vom 9. Juli 1907 getroffen worden, auf welchen im nächsten Abschnitte näher einzugehen sein wird.

Was zunächst die Fernhaltung jugendlicher Personen aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, vom Schul- und Unterrichtsbesuche betrifft, so ist eine solche nach dem Reichsgesetz zulässig bei Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken. Durch das preußische Gesetz ist dieselbe Maßregel für zulässig erklärt bei Diphtherie, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach und Typhus. In den allgemeinen Ausführungsbestimmungen in Ziffer 3, VIII, Abs. 1 wird sie auch für übertragbare Genickstarre als wünschenswert erklärt. Durch den Erlaß des Herrn Unterrichtsministers vom 9. Juli 1907 wird sie auf letztgenannte Krankheit ausdrücklich ausgedehnt.

§ 5 der diesem Erlasse beigegebenen Anweisung lautet folgendermaßen:

§ 5. „Gesunde Lehrer und Schüler aus Behausungen, in denen Erkrankungen an einer der in § 3a genannten Krankheiten vorgekommen sind, dürfen die Schulräume nicht betreten, soweit und solange eine Weiterverbreitung der Krankheit aus diesen Behausungen durch sie zu befürchten ist.

„Die Ortspolizeibehörden sind angewiesen, von jeder Fernhaltung einer Person vom Schul- und Unterrichtsbesuche dem Vorsteher der Schule (Direktor, Rektor, Hauptlehrer, ersten Lehrer, Vorsteherin usw.) unverzüglich Mitteilung zu machen.

„Es ist auch s e i t e n s d e r S c h u l e darauf hinzuwirken, daß der Verkehr der vom Unterricht ferngehaltenen Schüler mit anderen Kin-

dern, insbesondere auf öffentlichen Straßen und Plätzen, möglichst eingeschränkt wird.

„Lehrer und Schüler sind davor zu warnen, Behausungen zu betreten, in denen sich Kranke der in § 3a bezeichneten Art oder Leichen von Personen, welche an einer dieser Krankheiten gestorben sind, befinden. Die Begleitung dieser Leichen durch Schulkinder und das Singen der Schulkinder am offenen Grabe ist zu verbieten."

Von seiten der Schulmänner ist wiederholt betont worden, daß der Ausschluß gesunder Kinder aus Familien, in welchen Krankheitsfälle vorkommen, vom Unterricht, ebensowenig wie die Schließung von Schulen den erwünschten Zweck erreiche, weil erfahrungsgemäß die schulfreien Kinder auf Straßen und Plätzen so ungehindert miteinander verkehren, daß dadurch die Übertragung von Krankheiten in viel stärkerem Maße begünstigt wird als durch den Schulbesuch. Diese Auffassung ist bis zu einem gewissen Grade richtig. Mit Rücksicht hierauf ist in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen in Ziff. 3, VIII, Abs. 2 als notwendig bezeichnet, darauf hinzuwirken, daß der Verkehr der vom Unterricht ausgeschlossenen Personen mit anderen Kindern insbesondere auf öffentlichen Straßen und Plätzen möglichst eingeschränkt werde. Die Durchführung dieser Maßregel ist allerdings, wie man sich nicht verhehlen darf, schwierig und nur möglich bei verständnisvollem Eingehen der Eltern auf die bezüglichen Vorhaltungen von Ärzten, Lehrern und Polizeibeamten. Wer aus eigener Erfahrung weiß, wie schwer es häufig genug ist, schulfreie Kinder in der Familie ausreichend zu beschäftigen, wird es verständlich finden, daß die Mehrzahl der Eltern den Kindern einen nicht sehr energischen Widerstand entgegensetzen wird, wenn sie den Wunsch äußern, auf Straßen und Plätzen mit ihren Altersgenossen zu spielen. Nur durch immer wiederholtes Zureden und erneute Vorstellungen über die Wichtigkeit der Sache wird man die Eltern in dieser Beziehung zu einem verständigen Verhalten bewegen können.

Durch § 5 Abs. 3 des Erlasses vom 9. Juli 1907 wird die Schule angehalten, auch ihrerseits darauf hinzuwirken, daß dieser Verkehr möglichst eingeschränkt wird. Dies wird in der Weise zu geschehen haben, daß die Direktoren und Lehrer der Schulen jedesmal, wenn die Fernhaltung eines Schülers vom Schulbesuch wegen einer übertragbaren Krankheit in seiner Behausung angeordnet werden muß, die Mitschüler vor dem Verkehr mit ihm für die Dauer der Übertragungsgefahr eindringlich warnen. Diese Warnung hat sich nach § 5 Abs. 4 übrigens nicht nur auf den Verkehr auf der Straße, sondern auch auf das Betreten von Behausungen zu erstrecken, in denen sich Personen befinden, welche an einer übertragbaren Krankheit darniederliegen, oder die Leichen von Personen, welche an einer solchen Krankheit gestorben sind. Diese Weisung an die Lehrer wird sicherlich

viel zur Einschränkung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten beitragen.

Um die Polizeibehörde in den Stand zu setzen, erforderlichenfalls die Fernhaltung jugendlicher Personen vom Unterricht anordnen zu können, ist in den Kartenbriefen für die Meldung übertragbarer Krankheiten ausdrücklich die Frage gestellt, ob in der Familie des Erkrankten schulpflichtige Kinder sind, und welche Schule sie besuchen. Um der Anordnung Nachdruck zu verleihen, ist in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen in Ziff. 3, VIII, Abs. 3 zu § 8 der Polizeibehörde die Pflicht auferlegt, von jeder Fernhaltung einer Person von dem Schul- und Unterrichtsbesuche dem Vorsteher der Schule unverzüglich, d. h. binnen 24 Stunden Mitteilung zu machen.

Daß es sich bei dem Schulbesuche nicht nur um öffentliche und diesen gleichstehende Privatschulen handelt, ist in Abs. 4 näher erläutert, in welchem ausdrücklich bestimmt wird, daß diese Bestimmungen auch auf Erziehungsanstalten, Kinderbewahranstalten, Spielschulen, Warteschulen, Kindergärten, Krippen u. dgl. Anwendung zu finden haben. Daß hierbei auch Koch- und Haushaltungsschulen, Fortbildungsschulen, Nähkurse, vor allem auch der Konfirmandenunterricht in Betracht kommen, darf als selbstverständlich angesehen werden.

Weder im Gesetz noch in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen ist ausdrücklich eine Zeitdauer angegeben, für welche die Ausschließung vom Unterrichte zulässig sein soll. In dem Erlaß des Kultusministers und des Ministers des Innern vom 14. Juli 1884 ist die Festsetzung einer solchen Zeit versucht worden, indem gesagt wird: „Als normale Krankheitsdauer gelten bei Scharlach und Pocken 6 Wochen, bei Masern und Röteln 4 Wochen.“ Es ist jedoch außerordentlich schwierig, derartige normale Krankheitsdauern für die einzelnen übertragbaren Krankheiten allgemein festzusetzen, da die einzelnen Fälle sehr verschiedenartig verlaufen, und manche Kranke noch ansteckungsfähig sind, wenn eine solche künstlich festgesetzte Krankheitsdauer längst abgelaufen ist. Mit Rücksicht hierauf wird in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen nur ganz allgemein bestimmt, daß die Fernhaltung vom Schul- und Unterrichtsbesuche erfolgen soll, soweit und solange eine Weiterverbreitung der Krankheit aus der betreffenden Behausung zu befürchten ist. Um auf Grund dieser allgemein gehaltenen Vorschrift in der Praxis eine zweckmäßige Entscheidung treffen zu können, muß man sich dessen entsinnen, was die Ausführungsbestimmungen in Ziff. 2 zu § 8 über die Aufhebung der getroffenen Anordnungen sagen. Dort heißt es, daß die getroffenen Anordnungen bezüglich der kranken Personen erst nach erfolgter Genesung, nach Überführung in das Krankenhaus oder nach dem Ableben des Kranken, in allen Fällen jedoch nur dann aufzuheben sind,

nachdem die vorschriftsmäßige Schlußdesinfektion stattgefunden hat. Gesunde Kinder aus Familien und Behausungen, in welchen sich ein Kranker befindet, sind ansteckungsverdächtig, ihre Fernhaltung vom Unterricht ist eine Anordnung, welche bedingt ist durch die Absicht, die von den kranken Personen ausgehenden Gefahren zu verhüten. Hieraus folgt, daß die betreffenden Kinder nicht eher wieder zum Schul- und Unterrichtsbesuche zugelassen werden dürfen, als bis die kranke Person, derentwegen die Fernhaltung vom Unterricht angeordnet war, genesen, in ein Krankenhaus übergeführt oder gestorben, und bis in der Wohnung des Erkrankten die vorschriftsmäßige Schlußdesinfektion ausgeführt worden ist. Ein Schulvorsteher wird daher ein solches Kind nicht zum Schulbesuche wieder zulassen dürfen, wenn es ihm nicht eine Bescheinigung vorlegt, aus welcher hervorgeht, daß alles dies, was vorher angeführt wurde, auch wirklich geschehen ist.

Dies ist in § 6 des Erlasses vom 9. Juli 1907 zum Ausdruck gebracht, wo es heißt:

„§ 6. Die Wiederzulassung zur Schule darf erfolgen

b) bei den in § 5 genannten Personen, wenn die Erkrankten genesen, in ein Krankenhaus übergeführt oder gestorben, und ihre Wohnräume, Wäsche, Kleidung und persönlichen Gebrauchsgegenstände vorschriftsmäßig desinfiziert worden sind.“

VIa. Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schule.

A. A. zu § 8, 3 P.G. VIII. Abs. 5—7. Wenn eine im Schulhause wohnhafte Person an einer der vorbezeichneten Krankheiten erkrankt, so wird die Schulbehörde die Schule unverzüglich zu schließen haben, falls der Kranke nicht wirksam abgesondert werden kann.

Kommt eine solche Krankheit in Pensionaten, Konvikten, Alumnaten, Internaten u. dgl. zum Ausbruch, so sind die Erkrankten mit besonderer Sorgfalt abzusondern und erforderlichenfalls unverzüglich in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum überzuführen. Bei Diphtherie, übertragbarer Genickstarre und Scharlach ist darauf hinzuwirken, daß diejenigen Zöglinge, welche mit Erkrankten in Berührung gewesen sind, täglich mehrmals Rachen und Nase mit einem desinfizierenden Mundwasser ausspülen. Auch ist denjenigen Zöglingen, welche mit Diphtheriekranken in Berührung gekommen sind, dringend anzuraten, sich durch Einspritzung von Diphtherieheilserum gegen die Krankheit immunisieren zu lassen.

Während der Dauer und unmittelbar nach dem Erlöschen der Krankheit empfiehlt es sich, daß der Anstaltsvorstand nur solche Zöglinge aus der Anstalt vorübergehend oder dauernd entläßt, welche nach ärztlichem Gutachten gesund, und in deren Absonderung die Erreger der Krankheit bei der bakteriologischen Untersuchung nicht nachgewiesen sind.

Erlaß des preußischen Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 9. Juli 1907. (M Nr. 11957 U II U III.)

Mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905 (G.S. S. 373) sind die Vorschriften des Regulativs vom 8. August 1835 (G.S. S. 240) außer Kraft getreten. Die auf Grund des Regulativs durch Verfügung meines Herrn Amtsvorgängers und des Herrn Ministers des Innern vom 14. Juli 1884 erlassene „Anweisung zur Verhütung der Übertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen" (Minist.-Bl. d. i. V., S. 198) hebe ich daher im Einverständnis mit dem Herrn Minister des Innern hiermit auf. An Stelle dieser Anweisung tritt von jetzt an die in der Anlage beigefügte „Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen".

Durch diese Anweisung werden die Vorsteher der Schulen und die Schulaufsichtsbehörden zu einer gesteigerten Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten herangezogen. Ich gebe mich der Erwartung hin, daß sie dieser Aufgabe im Interesse der ihnen anvertrauten Jugend ihre volle Aufmerksamkeit widmen werden.

Die Rechte und Pflichten der Polizeibehörden hinsichtlich der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten werden durch diese Anweisung nicht berührt.

Euerer Hochwohlgeboren stelle ich ergebenst anheim, hiernach das Weitere im Benehmen mit der Schulabteilung zu veranlassen.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten
gez. Holle.

Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen (s. Anhang).

Wie oben dargelegt wurde (s. S. 135), haben das Reichs- und das preußische Seuchengesetz die Regelung der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten in den Schulen und Unterrichtsanstalten der Schulverwaltung überlassen. Diese Regelung ist für Preußen durch den Erlaß des Herrn Unterrichtsministers vom 9. Juli 1907 getroffen worden. Die Bestimmungen des Erlasses bedürfen daher einer eingehenden Besprechung.

In § 1 der dem Erlaß vom 9. Juli 1907 beigegebenen „Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen" werden die Schulbehörden — die Provinzialschulkollegien, die Schulabteilungen bei den Regierungen, die Landräte, Kreis- und Ortsschulinspektoren — in Stadtkreisen die Schuldeputationen und Stadtschulinspektoren — und die Vorsteher der Lehranstalten und Schulen — Direktoren, Rektoren, Hauptlehrer, erste Lehrer, Vorsteherinnen usw. — auf ihre Pflicht hinsichtlich der Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten in der Schule und auf ihr Recht und ihre Pflicht, die erforderlichen Anordnungen zu treffen, hingewiesen.

§ 2 enthält die zur Verhütung von übertragbaren Krankheiten geeigneten allgemeinen hygienischen Vorschriften, die Reinhaltung der Schulgrundstücke und Gebäude, die Heizung und Lüftung der Schulräume sowie die Wasserversorgung betreffend.

Genaue Vorschriften über die Reinigung des Schulgrundstückes sind in die Anweisung aufgenommen worden, weil die Reinhaltung der Schulen bisher vielfach an der Kostenfrage gescheitert ist. Die Anweisung schreibt drei verschiedene Arten der Reinigung vor: das einfache Auskehren, welches täglich, das Feuchtaufwischen, welches zweimal wöchentlich, und die gründliche Reinigung, welche mindestens dreimal jährlich erfolgen soll. Dem Auskehren hat behufs Staubverhütung ein Sprengen mit Wasser vorauszugehen, falls nicht die Dielen, was sich sehr bewährt hat, mit einem staubbindenden Fußbodenöl getränkt sind. Geölte Fußböden vertragen auch das Feuchtaufwischen nicht. Das Ölen der Fußböden, welches durchschnittlich alle drei Monate wiederholt werden muß, empfiehlt sich für alle Schulräume mit Ausnahme der Treppen und Turnsäle, weil es hier die Dielen zu glatt macht und das Entstehen von Unglücksfällen begünstigt. Das Generalreinmachen, welches sich auf die gesamten Schulräume einschließlich der Höfe und Latrinen zu erstrecken hat, sollte in jeden Ferien, mindestens aber dreimal im Jahre stattfinden. Keinesfalls aber sollten Schulkinder dazu herangezogen werden.

Eine Desinfektion der Bedürfnisanstalten ist nur erforderlich, wenn sie von Lehrern oder Schulkindern benutzt wurden, die an einer übertragbaren Krankheit erkrankt waren.

Besonders wichtig ist die Wasserversorgung der Schulen. In dieser Beziehung ist es noch an vielen Orten, namentlich auf dem Lande, mangelhaft bestellt. Es ist Aufgabe der Kreisärzte, welche alle Schulen ihres Kreises innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren zu besichtigen haben, sowie der etwa vorhandenen Schulärzte, hierauf besonders zu achten und tunlichst dafür zu sorgen, daß mangelhafte Kesselbrunnen, namentlich offene Ziehbrunnen, durch absolut dichte Kessel- oder Röhrentiefbrunnen ersetzt, oder daß die Schulen an die Wasserleitung angeschlossen werden. Ebenso wichtig wie die Wasserversorgung ist eine einwandfreie Beseitigung der Abfallstoffe.

In § 3 werden die übertragbaren Krankheiten aufgezählt, welche für die Schule von Bedeutung sind. Sie sind ebenso wie in der Anweisung vom 14. Juli 1884 in zwei Gruppen geteilt.

Die erste Gruppe (a) umfaßt diejenigen Krankheiten, bei denen nicht nur die an ihnen etwa erkrankten, sondern auch gesunde Lehrer und Schüler aus Behausungen, in denen Fälle der Krankheiten vorgekommen sind, vom Schulbesuch ferngehalten werden müssen. Die Liste dieser Krankheiten in der Anweisung vom 9. Juli 1907 unterscheidet sich von der in der Anweisung vom 14. Juli 1884 enthaltenen dadurch, daß in ersterer Masern und Röteln fehlen, dagegen Aussatz, Gelbfieber, Genickstarre, Pest und Typhus aufgenommen sind, welche in der Liste von 1884 fehlen. Der Grund dafür liegt in dem Umstande, daß Masern und Röteln die Kinderwelt hauptsächlich in

den Lebensjahren gefährden, welche dem schulpflichtigen Alter vorangehen, während Aussatz, Gelbfieber, Genickstarre, Pest und Typhus in neuerer Zeit als für die Kindheit besonders gefährlich erkannt worden sind.

Die zweite Gruppe (b) umfaßt diejenigen Krankheiten, bei denen nur die von ihnen selbst befallenen Lehrer und Schüler vom Schulbesuch fernzuhalten sind. Diese Gruppe umfaßt in der Anweisung von 1884 neben Typhus nur kontagiöse Augenentzündung, Keuchhusten und Krätze, während in der Anweisung von 1907 außer den drei letzteren Krankheiten Favus, Lungen- und Kehlkopftuberkulose, Masern, Milzbrand, Rotz, Tollwut und Windpocken erwähnt sind. Letzteres war notwendig, um alle für die Kinder wichtigen Krankheiten zu treffen. Besonders zu begrüßen ist die Aufnahme der Lungen- und Kehlkopftuberkulose, welche, wie Verfasser an anderer Stelle nachgewiesen hat[1]), während des schulpflichtigen Lebensalters von allen übertragbaren Krankheiten die wichtigste Rolle spielt. Durch die Berücksichtigung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose unterscheidet sich die Anweisung vom 9. Juli 1907 vorteilhaft von dem Gesetz vom 28. Aug. 1905.

Die Verbreitung der Tuberkulose im schulpflichtigen Alter ist leider eine sehr große, was folgende Zahlen beweisen.

Im Jahre 1905 starben in Preußen im Alter von 10 bis 15 Jahren an Tuberkulose von je 10 000 Knaben 4,63 und von je 10 000 Mädchen 9,45; von je 100 im Alter von 10 bis 15 Jahren gestorbenen Knaben gingen 17,75, von je 100 in demselben Alter gestorbenen Mädchen 31,43 an Tuberkulose zu Grunde. Die Tuberkulose beansprucht also unter allen Todesursachen im schulpflichtigen Lebensalter weitaus die erste Stelle!

Dies wird noch deutlicher, wenn man die Sterblichkeit an Tuberkulose mit der an anderen übertragbaren Krankheiten vergleicht.

Im Jahre 1905 starben in Preußen im Alter von 10 bis 15 Jahren von je 10 000 Knaben an übertragbaren Krankheiten 8,85 und darunter an Tuberkulose 4,43, also 52,3 vom Hundert der an übertragbaren Krankheiten Gestorbenen; und von je 10 000 Mädchen an übertragbaren Krankheiten 13,94, darunter an Tuberkulose 8,45, also 67,8 vom Hundert der an übertragbaren Krankheiten Gestorbenen. Hinter den Opfern, welche die Tuberkulose während des 10. bis 15. Lebensjahres fordert, treten also diejenigen der übrigen übertragbaren Krankheiten an Bedeutung weit zurück.

Im Jahre 1905 starben nämlich in Preußen im Alter von 10 bis 15 Jahren von je 10 000 lebenden:

---

1) M. Kirchner, Die Tuberkulose und die Schule, Berlin, R. Schoetz, 1906.

an	Knaben	Mädchen
Keuchhusten	0,07 = 0,79 Proz.	0,04 = 0,29 Proz.
Masern und Röteln	0,10 = 1,30 „	0,15 = 1,07 „
Influenza	0,14 = 1,58 „	0,22 = 1,58 „
Typhus	0,60 = 6,78 „	0,79 = 5,67 „
Scharlach	1,30 = 14,69 „	1,37 = 9,83 „
Diphtherie	1,37 = 15,25 „	1,30 = 9,33 „
Tuberkulose	**4,63 = 52,32** „	**9,45 = 67,79** „
anderen übertragbaren Krankheiten	0,64 = 7,23 „	0,62 = 4,45 „
zusammen	8,85 = 100 Proz.	13,94 = 100 Proz.

Die Tuberkulose ist aber nicht nur unter den Schulkindern, sondern leider auch unter den Lehrern stark verbreitet. Viele unter ihnen bringen den Keim schon von dem Seminar oder der Universität mit, andere erwerben ihn erst während ihrer späteren Tätigkeit. Beide aber, Schüler und Lehrer, stellen eine schwere Gefahr der Ansteckung für ihre Mitschüler und Amtsgenossen dar, mit denen sie sich tagaus tagein während vieler Stunden in engen Räumen zusammen aufhalten.

Wenn daher die Aufnahme der Lungen- und Kehlkopftuberkulose unter diejenigen Krankheiten, derentwegen Lehrer und Schüler vom Schulbesuch ferngehalten werden können, noch einer Rechtfertigung bedarf, so ist sie in den vorstehenden Tatsachen enthalten. Die allgemeine Schulpflicht legt der Unterrichtsverwaltung die Verpflichtung auf, soweit sie dazu imstande ist, dafür Sorge zu tragen, daß Lehrer und Schüler während ihres Aufenthaltes in der Schule nicht erkranken; sie hat daher die Pflicht und mithin auch das Recht, Personen, welche an einer übertragbaren Krankheit leiden, vom Schulbesuch fernzuhalten, und hat diese Pflicht besonders hinsichtlich der Krankheit, welche am meisten am Marke des Volkes zehrt, hinsichtlich der Lungen- und Kehlkopftuberkulose.

Üben die Unterrichtsbehörden diese Pflicht gewissenhaft aus, so werden sie zur Volksgesundung in dankenswerter Weise beitragen. Wissen Lehrer und Schüler, daß Lungentuberkulose ein Grund für ihre Fernhaltung vom Schulbesuche werden kann, so werden sie und ihre Angehörigen alles tun, um den Ausbruch der Krankheit zu verhüten und, wenn sie ausgebrochen ist, sie zu heilen.

§ 4 behandelt Personen, welche selbst erkrankt sind, und bestimmt, daß nicht nur erkrankte Schüler, wie dies der Erlaß vom 14. Juli 1884 vorschrieb, sondern auch erkrankte Lehrer die Schulräume nicht betreten dürfen. Um diese Maßregel durchführen zu können, müssen die Schulbehörden von der Erkrankung erfahren. Zu diesem Behufe haben die Ortspolizeibehörden von jeder Erkrankung eines Lehrers oder Schülers an einer übertragbaren Krankheit, welche zu ihrer Kenntnis gelangt, dem Schulvorsteher unverzüglich, d. h. binnen

24 Stunden, Mitteilung zu machen, auch haben die Erkrankten selbst bezw. deren Angehörige den Schulvorsteher unverzüglich davon in Kenntnis zu setzon. Die Ortspolizeibehörden können diese Vorschrift natürlich nur bei denjenigen Krankheiten befolgen, welche der Anzeigepflicht unterliegen, also bei Aussatz, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Genickstarre, Milzbrand, Pest, Pocken, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Tollwut und Typhus, während bei Favus, Keuchhusten, Krätze, Lungen- und Kehlkopftuberkulose, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken die Pflicht zur Mitteilung an die Schule lediglich den Erkrankten und deren Angehörigen obliegt. Die Beobachtung dieser Pflicht durchzusetzen, wird Sache der Schuldisziplin sein.

Bei den sämtlichen in § 4 genannten Krankheiten hat die Fernhaltung von der Schule ohne Einschränkung zu erfolgen mit Ausnahme von Körnerkrankheit, bei der dies nur zu geschehen hat, solange die Kranken deutliche Eiterabsonderung haben, und von Lungen- und Kehlkopftuberkulose, bei der dies nur erfolgen darf, wenn und solange in dem Auswurf der Kranken Tuberkelbazillen enthalten sind.

Erkrankte dürfen natürlich nicht eher zur Schule wieder zugelassen werden, als bis mit Sicherheit feststeht, daß eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Nach § 6a darf die Wiederzulassung der Erkrankten nur erfolgen, wenn sie eine diesbezügliche ärztliche Bescheinigung vorlegen. Damit aber faule Schüler den Unterricht nicht länger versäumen, als nötig ist, enthält § 6a die weitere Bestimmung, daß die Wiederzulassung erfolgen darf, wenn die für den Verlauf der Krankheit erfahrungsmäßig als Regel geltende Zeit abgelaufen ist. Hält sich also ein erkrankt gewesener Schüler länger vom Schulbesuche fern, so wird der Vorsteher der Anstalt berechtigt sein, von den Angehörigen eine ärztliche Bescheinigung darüber zu verlangen, daß die Genesung noch nicht erfolgt, bezw. wann der Eintritt derselben voraussichtlich zu erwarten ist.

§ 6a legt dem Vorsteher der Schule die Verpflichtung auf, darüber zu wachen, daß erkrankt gewesene Lehrer und Schüler nicht vor Ausführung der erforderlichen Desinfektion zur Schule zurückkehren. Auch hierüber wird der Schulvorsteher eine ärztliche bezw. polizeiliche Bescheinigung zu fordern haben.

§§ 7 bis 11 enthalten noch einige Sonderbestimmungen für einige Krankheiten.

Beim Auftreten von Diphtherie empfiehlt § 7 die Vornahme der Schutzimpfung mit Diphtherieserum und § 8 die Anwendung desinfizierender Mundwässer bei allen Personen, die mit dem Erkrankten in Berührung gekommen sind. Die Vornahme dor so überaus wirksamen Schutzimpfung gegen Diphtherie in den Schulen sollte durch

unentgeltliche Bereitstellung des Diphtherieheilserums durch die Kommunen oder durch wohltätige Personen tunlichst gefördert werden.

Bei übertragbarer Genickstarre, bei der bekanntlich der Rachen die Eintrittspforte des Krankheitskeimes darstellt, empfiehlt § 8 Rachen- und Nasenausspülungen mit einem desinfizierenden Mundwasser (Menthol, Wasserstoffsuperoxyd, Chloroformwasser u. dgl.).

Bei Körnerkrankheit sollen nach § 9 diejenigen Schüler, die nicht wegen Eiterabsonderung vom Schulbesuche ausgeschlossen werden müssen (§ 4), behufs Verhütung der Ansteckung ihrer Mitschüler gesondert gesetzt und dazu angehalten werden, Berührungen mit den gesunden Schülern tunlichst zu vermeiden. Letzteres ist auch Lehrern, die an der Körnerkrankheit leiden, zur Pflicht zu machen. Die der Anweisung für die Bekämpfung der Körnerkrankheit als Anlage 5 beigegebene gemeinverständliche Belehrung hat bei dem Ausbruch der Krankheit in der Schule der Schulvorsteher durch Vermittelung der Ortspolizeibehörde in der erforderlichen Anzahl zu erbitten und unter den Schülern zu verteilen.

Beim Verdacht der Lungen- und Kehlkopftuberkulose sollen die betreffenden Personen durch den Vorsteher der Schule in geeigneter Weise dazu veranlaßt werden, sich ärztlich untersuchen und ihren Auswurf auf Tuberkelbazillen untersuchen zu lassen. Zur Verhütung der Krankheitsübertragung von einem lungenkranken Lehrer oder Schüler aus sollen in allen Lehranstalten an geeigneten Stellen und in der erforderlichen Anzahl Speigefäße vorhanden sein. Als solche empfehlen sich statt der auf dem Fußboden stehenden Spucknäpfe schalenartige Gefäße aus Milch- oder blauem Glas, welche an der Wand in etwa 1 m Höhe in eisernen Rahmen angebracht und täglich mit warmem Sodawasser (2-proz.) auszuspülen sind.

Bei Scharlach empfiehlt § 8 die schon bei Diphtherie und Genickstarrre erwähnten Rachenausspülungen.

Bei Pocken legt § 11 den Schulvorstehern nahe, den Lehrern und Schülern ihrer Anstalt die Vornahme der Schutzpockenimpfung anzuraten. Nach § 55 des Regulativs vom 8. Aug. 1835, welcher noch jetzt in Kraft ist, hat die Polizeibehörde das Recht, die Schutzpockenimpfung bei allen ansteckungsverdächtigen Personen zwangsweise vornehmen zu lassen. Die Schule erwirbt sich ein Verdienst, wenn sie durch Anhaltung der ihr angehörigen Personen zu freiwilliger Impfung die Notwendigkeit der Vornahme von Zwangsimpfungen verringern hilft.

Die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zum preußischen Gesetz vom 28. Aug. 1905 enthalten in Ziff. 3, VIII auch Vorschriften über die von den Schulbehörden zu treffenden Schutzmaßregeln.

Als erste derselben kommt der Schulschluß in Betracht, für den Fall, daß eine im Schulhause wohnhafte Person an einer übertragbaren Krankheit erkrankt ist. Nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes

ist die Behandlung des Kranken selbst auch in diesem Falle Sache der Polizeibehörde, sie wird dafür Sorge zu tragen haben, daß der Kranke entweder im Hause in wirksamer Weise abgesondert oder, falls dies nicht möglich ist, in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Raum übergeführt wird. Nur wenn auch das letztere nicht zulässig ist, weil der Zustand des Kranken nach der Erklärung des behandelnden Arztes den Transport nicht erlaubt, hat die Schulbehörde einzugreifen und die Schule zu schließen.

Über die Bedingungen, unter denen, und die Art und Weise, in der der Schulschluß zu erfolgen hat, enthält § 12 der Anweisung des Unterrichtsministers das Nähere. Die Krankheiten, bei denen hiernach der Schulschluß zulässig ist, sind nicht nur diejenigen, bei denen nach § 14 des Reichsgesetzes und § 8 des preußischen Gesetzes in Verbindung mit den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 8 P.G. 3. III. die Absonderung kranker Personen angeordnet werden kann (mit Ausnahme von Tollwut), sondern darüber hinaus noch die für die Kinderwelt besonders gefährlichen Krankheiten Keuchhusten, Masern, Mumps und Röteln.

Erkrankt eine im Schulgebäude selbst wohnhafte Person an einer dieser Krankheiten, so hat der Schulvorsteher die Mitteilung der Ortspolizeibehörde darüber einzuholen, ob nach der Erklärung des beamteten Arztes der Kranke in seiner Wohnung hinreichend sicher abgesondert werden kann, oder ob seine Überführung in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum unerläßlich ist. In letzterem Falle hat er mit darüber zu wachen, daß diese Überführung unverzüglich erfolgt. Nur wenn sie nach der Erklärung des behandelnden Arztes wegen des Befindens des Kranken nicht zulässig ist, hat der Schulvorsteher die Schließung der Schule herbeizuführen.

Das Recht, in diesem Falle die Schließung der Schule anzuordnen, hat nach § 12 Abs. 2 der Anweisung bei höheren Lehranstalten (Gymnasien, Realgymnasien, Oberrealschulen, Realschulen u. dgl.) und bei Lehrerbildungsanstalten (Schullehrer- und Lehrerinnenseminaren, Präparandenanstalten u. dgl.) der Direktor, bei Bürger-, Mittel- und Elementarschulen in Landkreisen der Landrat, in Stadtkreisen der Bürgermeister bezw. in seinem Auftrage die Schuldeputation. In der Regel ist schon vor, jedenfalls aber nach erfolgter Schließung der Schule an die vorgesetzte Schulbehörde über den Sachverhalt zu berichten.

Abs. 6 von Ziff. 3, VIII der allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 8 P.G. und § 13 der Anweisung vom 9. Juli 1907 beschäftigen sich mit den Maßregeln, welche bei dem Auftreten einer übertragbaren Krankheit in Pensionaten, Konvikten, Alumnaten, Internaten u. dgl. zu treffen sind. Auch diese ergeben sich eigentlich von selbst. Die Erkrankten sind, mit Rücksicht auf die große Zahl

der mit ihnen in einem Hause zusammenwohnenden, für Krankheiten sehr empfänglichen Personen, mit besonderer Sorgfalt abzusondern, und falls dies nicht möglich ist, in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum überzuführen.

Um die gesunden Kinder möglichst vor einer Erkrankung zu schützen, werden die in §§ 7 u. 8 erwähnten Vorschriften für Diphtherie, übertragbare Genickstarre und Scharlach wiederholt. Mit Rücksicht darauf, daß bei diesen Krankheiten die Rachenorgane die Eintrittsstelle für die Krankheitskeime darstellen, soll darauf hingewirkt werden, daß diejenigen Zöglinge, welche mit Erkrankten in Berührung gewesen sind, täglich mehrmals Rachen und Nase mit einem desinfizierenden Mundwasser (Menthol, Wasserstoffsuperoxyd oder dgl.) ausspülen. Beim Auftreten von Diphtherie wird die Schutzimpfung der gesunden Kinder mit Diphtherieheilserum besonders empfohlen.

Um zu verhüten, daß bei einem etwaigen Schluß von Pensionaten, Konvikten, Alumnaten, Internaten wegen einer übertragbaren Krankheit diese durch die nach Hause reisenden Kinder nach allen Richtungen hin verbreitet wird, wird es in Abs. 7 von Ziff. 3, VIII und in § 13 der Anweisung vom 9. Juli 1907 als empfehlenswert bezeichnet, daß während der Dauer und unmittelbar nach dem Erlöschen der Krankheit der Anstaltsvorstand nur solche Zöglinge aus der Anstalt vorübergehend oder dauernd entläßt, welche nach ärztlichem Gutachten gesund, und in deren Absonderungen die Erreger der Krankheit bei der bakteriologischen Untersuchung nicht nachgewiesen sind. Letztere Vorschrift kann natürlich nur bei denjenigen Krankheiten in Frage kommen, deren Erreger bekannt sind, also bei Cholera, Diphtherie, Genickstarre, Milzbrand, Pest, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr und Typhus.

Die Frage, wie lange dieser Schulschluß aufrecht zu erhalten ist, ist ebenso zu beantworten wie diejenige nach der Dauer der Fernhaltung gesunder Kinder vom Schulbesuch. Die Schule darf wieder eröffnet werden in dem Augenblick, wo der im Schulhause befindliche Kranke genesen, in ein Krankenhaus übergeführt oder gestorben, und die von ihm innegehabte Wohnung und seine Gebrauchsgegenstände in wirksamer Weise desinfiziert worden sind.

Außer wegen eines Krankheitsfalles im Schulgebäude selbst kann die Schulschließung notwendig werden wegen einer Epidemie in dem Schulorte. Die Bestimmungen hierüber enthält § 15 der Anweisung vom 9. Juli 1907. Danach kann die Schließung einer Schule oder einzelner Schulklassen angeordnet werden außer bei den Krankheiten des Reichsgesetzes (mit Ausnahme von Aussatz) bei Diphtherie, Genickstarre, Keuchhusten, Masern, Mumps, Pest, Pocken, Röteln, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach und Typhus, dagegen nicht bei Körnerkrankheit.

Diese sehr einschneidende und mit einer empfindlichen Störung

des Unterrichts verknüpfte Maßregel soll nur in dringenden Fällen getroffen werden und daher der Entscheidung der Schulaufsichtsbehörde — Provinzialschulkollegium, Schulabteilung der Regierung — vorbehalten bleiben, welche vorher den Kreisarzt zu hören hat. Nur bei Gefahr im Verzuge soll der Vorsteher der Schule das Recht haben, auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Schließung der Schule oder Schulklasse vorläufig anzuordnen, aber gehalten sein, hiervon unverzüglich, d. h. binnen 24 Stunden, der Schulaufsichtsbehörde sowie dem Landrat Anzeige zu machen.

Nach § 16 der Anweisung kann eine auf Grund von § 15 geschlossene Schule oder Schulklasse bei höheren Lehranstalten vom Direktor, bei Elementar- usw. Schulen vom Landrat, in Stadtkreisen vom Bürgermeister auf Grund eines Gutachtens des Kreisarztes und nach vorheriger gründlicher Reinigung und Desinfektion wieder eröffnet werden.

Durch § 18 der Anweisung wird den Vorstehern der Schulen die Belehrung der Schüler über die übertragbaren Krankheiten und die tunlichste Anbahnung eines verständnisvollen Zusammenwirkens von Schule und Elternhaus empfohlen.

Je genauer sich die Leiter aller Schulen und Lehranstalten und die an öffentlichen und privaten Schulen tätigen Lehrer mit den Bestimmungen der Anweisung vom 9. Juli 1907 vertraut zu machen suchen, mit um so größerem Erfolg wird sich die Schule an der Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten beteiligen können.

VII. Beschränkung der Benutzung gewisser, der Seuchenverbreitung förderlicher Einrichtungen.

§ 17 R.G. In Ortschaften, welche von Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden.

A. A. zu § 8 P.G. 3. IX. In Ortschaften, welche von Ruhr oder Typhus befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend, kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen, sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden (§ 17 R.G.).

Vor dem Erlaß einer solchen Anordnung ist sorgfältig zu prüfen, ob die betreffende Anlage ihrer Lage, Bauart und Einrichtung nach geeignet ist,

zur Verbreitung der Krankheit beizutragen. Die Entscheidung hierüber ist nicht ohne vorherige Anhörung des beamteten Arztes zu treffen. In Zweifelsfällen ist eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen.

Neben der Übertragung von Person zu Person spielen, wie bereits erwähnt, auch andere Gegenstände, welche mit den Krankheitserregern in Berührung gekommen sind, bei einer Anzahl von Krankheiten eine wesentliche Rolle. Dies gilt namentlich vom Wasser. Unter den Krankheiten, welche durch das Wasser verbreitet werden, sind in erster Linie Cholera, übertragbare Ruhr und Typhus zu nennen.

Die Geschichte der Wasserversorgung von London und die Erfahrung des Jahres 1892 in Hamburg, sowie die zahlreichen Beobachtungen von Krankheitsübertragung in der Schiffahrts- und Flößereibevölkerung sprechen für die bedeutende Rolle, welche Brunnen und Wasserleitungen bei der Verbreitung der Cholera spielen. Die Tanks in den Vorstädten von Calkutta und der Hoogly, die zugleich die Abfallstoffe aufnehmen und Trinkwasser liefern, tragen sicherlich dazu bei, daß die Cholera in Bengalen niemals ausstirbt.

Auch Typhusepidemien werden häufig durch Brunnen- und Wasserleitungen erzeugt, in welche durch irgend einen unglücklichen Zufall mit den Ausleerungen von Kranken Typhusbakterien hineingelangt sind. Die großen Typhusepidemien in Oberschlesien im Jahre 1900 und im rheinisch-westfälischen Industriegebiet im Jahre 1901 sind durch mangelhafte Wasserwerke erzeugt worden.

Ähnliche Erfahrungen, wenn auch nicht in der Ausdehnung, liegen bezüglich der übertragbaren Ruhr vor.

Das Wasser kann Krankheitsübertragungen nicht nur beim Gebrauch als Trink- und Wirtschaftswasser, sondern auch beim Baden bewirken; die Fälle, in denen Personen nach der Benutzung von Bade- und Schwimmanstalten an Cholera oder Typhus erkrankt sind, sind nicht selten.

Um allen diesen Gefahren zu begegnen, enthält das Reichsseuchengesetz in § 17 die Vorschrift, daß in Ortschaften, welche von Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen, sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden kann. Durch das preußische Gesetz wird diese Bestimmung in ihrem ganzen Umfange auch auf Ruhr und Typhus ausgedehnt.

Man fragt sich, weshalb wohl im Reichsgesetz neben der Cholera auch Fleckfieber, Pest und Pocken erwähnt sind, bei denen das Wasser keine oder eine ganz untergeordnete Rolle spielt. In der Begründung zu § 17 R.G. wird dies damit erklärt, daß der § 17 auch

auf öffentliche Bade-, Wasch- und Bedürfnisanstalten Anwendung finden soll. Es ist richtig, daß zu Zeiten einer Fleckfieber-, Pest- oder Pockenepidemie öffentliche Badeanstalten wohl als Vermittler der Krankheitsübertragung in Betracht kommen können, jedoch nur dann, wenn die Angehörigen von Kranken, also ansteckungsverdächtige Personen, die Badeanstalt aufsuchen. Die Beschränkung der Benutzung öffentlicher Badeanstalten wird darin zu bestehen haben, daß der Besuch der Badeanstalten von gesunden Personen aus Behausungen, in welchen eine Erkrankung vorgekommen ist, zu untersagen ist.

Die zahlreichen epidemiologischen Erfahrungen, welche für die Verbreitung von Cholera, Ruhr und Typhus durch Brunnen und öffentliche Wasseranlagen sprechen, haben aber dahin geführt, daß viele Ärzte und auch Medizinalbeamte bei jeder Epidemie in erster Linie oder gar ausschließlich an irgend eine Wasserquelle denken und alles Notwendige getan zu haben glauben, wenn sie die Schließung des verdächtigen Brunnens oder eine Beschränkung der verdächtigen Wasserleitung in Anregung gebracht haben. Dieses Vorgehen ist ein durchaus einseitiges, weil es die zahlreichen Fälle außer acht läßt, in welchen die Verbreitung von Cholera, Ruhr und Typhus durch Übertragung von Person zu Person stattfindet. Es ist sehr bequem, sich ohne weiteres auf das Wasser zu stürzen, und erspart Nachdenken, aber es ist der Nachteil damit verknüpft, daß andere wichtige Möglichkeiten der Krankheitsübertragung aus dem Auge gelassen werden, und die Absicht, die Epidemie zu verhüten oder zu bekämpfen, nicht erreicht wird. Deswegen wird in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen Ziff. 3, IX, Abs. 2 ausdrücklich angeordnet, daß vor dem Erlaß einer solchen Anordnung sorgfältig zu prüfen ist, ob die betreffende Anlage ihrer Lage, Bauart und Einrichtung nach geeignet ist, zur Verbreitung der Krankheit beizutragen. Es wird weiter vorgeschrieben, daß die Entscheidung hierüber nicht ohne vorherige Anhörung des beamteten Arztes zu treffen ist, und es wird endlich angeordnet, daß in Zweifelsfällen eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen ist.

Was letztere betrifft, so ist nicht zu leugnen, daß sie nicht in allen Fällen eine einwandsfreie Antwort zu erteilen vermag. In zahlreichen Fällen findet man in dem Wasser von Brunnen und Wasserleitungen auch dann, wenn sie zweifellos die Ursache der Epidemie sind, bei der bakteriologischen Untersuchung die Krankheitserreger nicht. Dies liegt häufig daran, daß zwischen der Zeit, in welcher die Infektion des Wassers stattfand, und derjenigen, in welcher die Feststellung der Krankheit erfolgte, ein so langer Zwischenraum liegt, daß während desselben die Krankheitskeime im Wasser zu Grunde gegangen sind. In anderen Fällen, in denen eine Wasserversorgungsanlage unschuldig als Quelle der Krankheit angeschuldigt wird, ergibt die bakteriologische

Untersuchung doch einen ungewöhnlich großen Bakteriengehalt und läßt daher die Möglichkeit, daß das Wasser bei der Krankheitsübertragung eine Rolle gespielt hat, als nicht ausgeschlossen erscheinen. In der Mehrzahl der Fälle dagegen wird die bakteriologische Wasseruntersuchung zur Klärung der Frage in erwünschter Weise beitragen, sie sollte daher in keinem Falle unterlassen werden. Das muß jedenfalls auf das schärfste verurteilt werden, daß man sich bei der Untersuchung eines verdächtigen Wassers, wie das früher die Regel war, auf eine chemische Prüfung beschränkt; denn aus einem größeren oder geringeren Gehalt des Wassers an organischer Substanz, Ammoniak, Chlor usw. kann man keinen Schluß darauf ziehen, ob in dem Wasser Cholera-, Ruhr- oder Typhusbakterien sich aufhalten bezw. aufgehalten haben oder nicht.

Von besonderer Bedeutung ist, daß § 17 sich auch auf öffentliche Waschanstalten erstreckt. Bekanntlich spielt bei der Verbreitung von Cholera, Ruhr und Typhus die mit den Ausleerungen von Kranken beschmutzte Wäsche eine außerordentlich verhängnisvolle Rolle. Bei jeder Cholera- oder Typhusepidemie wiederholt sich die Erfahrung, daß besonders Wäscherinnen gefährdet sind. Zu Zeiten einer Cholera- und Typhusepidemie werden daher öffentliche Waschanstalten einer besonderen Aufsicht zu unterziehen, und es wird ihnen aufzugeben sein, daß sie Wäsche aus Häusern, in welchen Cholera- und Typhuserkrankungen vorkommen, nicht annehmen. Leisten sie dieser Vorschrift keine Folge, so wird die Schließung der Waschanstalt in Frage kommen. Vor allem aber wird die Aufmerksamkeit der Polizeibehörden sich darauf richten müssen, daß aus Familien und Behausungen, in welchen Erkrankungen an Cholera, Ruhr oder Typhus vorkommen, Wäsche überhaupt nicht in undesinfiziertem Zustande herausgebracht wird; denn dadurch würde die einzelnwohnende Waschfrau und deren Familie ebenso gefährdet werden wie etwa eine öffentliche Waschanstalt.

VIII. Räumung von Wohnungen und Gebäuden.

§ 18. R.G. Die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten.

A. A. zu § 8 P.G. 3. X. Die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen an Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es

zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten (§ 18 R.G.).

Diese einschneidende, nicht selten erhebliche Aufwendungen bedingende Maßregel darf nur ausnahmsweise in Fällen dringender Not, z. B. dann angeordnet werden, wenn die betreffenden Wohnungen und Gebäude so schlecht gehalten oder so überfüllt sind, daß sie die Bildung eines Seuchenherdes veranlaßt haben oder befürchten lassen.

Die Bedeutung ungesunder Wohnungen für die Verbreitung übertragbarer Krankheiten wird noch vielfach unterschätzt. Wenn auch die Annahme, der noch viele Schutzmaßregeln des Regulativs ihre Entstehung verdanken, daß nämlich überfüllte Wohnungen und unreine Luft als solche zur Entstehung übertragbarer Krankheiten Veranlassung geben können, nicht mehr als zutreffend geltend kann, so liegt das doch auf der Hand, daß, je schmutziger, dunkler, enger und überfüllter eine Wohnung ist, in je engere Berührung die Menschen in derselben miteinander kommen, eine Übertragung von Krankheitskeimen von Person zu Person um so leichter erfolgen kann. Enge, dumpfe und überfüllte Herbergen, namentlich die bis vor wenigen Jahrzehnten auch noch in Berlin üblichen Pennen, in denen man für wenige Pfennige in überfüllten Räumen eine Schlafstelle finden konnte, spielten von jeher eine gefürchtete Rolle bei der Übertragung von Fleckfieber, Rückfallfieber und Pest. Daß in solchen engen Räumen auch die Krankheitskeime von Cholera, Ruhr und Typhus weniger leicht unschädlich zu machen sind als in hellen und luftigen, wird durch zahlreiche epidemiologische Erfahrungen bewiesen. Mit Rücksicht hierauf gibt § 18 R.G. den Behörden das Recht, die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, anzuordnen, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt. Diese Bestimmung wird durch das preußische Gesetz auf Rückfallfieber, Ruhr und Typhus ausgedehnt. Die Durchführung dieser Maßregel wird jedoch nur ausnahmsweise notwendig sein. Sie kann in Frage kommen in den Vorstädten der großen Verkehrszentren, in Gegenden, in welchen sich, wie z. B. im Scheunenviertel von Berlin, in Whitechapel in London, Gesindel, Vagabunden und Verbrecher zusammenfinden und in häufig zerfallenen, verlassenen oder aus Brettern zusammengeschlagenen dürftigen Behausungen sich zusammendrängen. Es kann aber auch in großen Arbeiterquartieren, in den Mietskasernen der großen Städte und Industriebezirke gelegentlich notwendig werden, und es ist z. B. in großer Ausdehnung notwendig geworden in Hamburg während der großen Choleraepidemie von 1892, wo man sich schließlich nach Beendigung der Epidemie genötigt sah, ganze Stadtteile, die sogenannten Gängeviertel, niederzureißen. Der höchst beklagenswerte Umstand, daß die Pest in Bombay sich in so unheim-

licher Weise eingenistet hat und noch Woche für Woche Tausende von Menschen dahinrafft, ist nur durch die beispiellos schlechten Wohnungsverhältnisse dieser Großstadt zu erklären.

So wenig man unter Umständen auf diese Maßregel verzichten kann, so notwendig ist es jedoch, daß Polizeibehörde und beamteter Arzt sich in jedem Falle die ernsteste Frage vorlegen, ob diese Maßregel auch wirklich nötig ist. Denn sie ist nicht nur mit einem erheblichen Eingriff in die Privatverhältnisse der Betroffenen, sondern auch mit bedeutenden Kosten verbunden, weil nach dem Reichsgesetz den betroffenen Bewohnern anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten ist. Mit Rücksicht hierauf wird in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen in Ziff. 3, X, Abs. 2 die Durchführung der Maßregel nur ausnahmsweise in Fällen dringendster Not für zulässig erklärt. Hier haben Polizeibehörde und beamteter Arzt ganz besonders Gelegenheit, zu zeigen, ob sie es verstehen, „einerseits nichts zu unterlassen, was zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit notwendig ist, andererseits aber Sorge dafür zu tragen, daß nicht durch Anwendung einer nach Lage des Falles zu weitgehenden Maßregel unnötig in die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung eingegriffen wird oder vermeidbare Kosten entstehen" (allgemeine Ausführungsbestimmungen, Ziff. 1 Abs. 3 zu § 8).

IX. Desinfektion.

§ 19 R.G. Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden.

Für Reisegepäck und Handelswaren ist bei Aussatz, Cholera und Gelbfieber die Anordnung der Desinfektion nur dann zulässig, wenn die Annahme, daß die Gegenstände mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, durch besondere Umstände begründet ist.

Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnisse zum Werte der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden.

A. A. zu § 8 P.G. 3. XI. Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden. Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnis zum Werte der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden (§ 19 Abs. 1 und 3 des Reichsgesetzes).

Für die Ausführung der Desinfektion ist die anliegende Desinfektionsanweisung (Anlage 5) maßgebend.

Es empfiehlt sich, in Gemeinden und weiteren Kommunalverbänden, welche das Desinfektionswesen regeln, im Benehmen mit dem beamteten Arzte

Desinfektionsordnungen zu erlassen; diese bedürfen der Genehmigung des Regierungspräsidenten.

Abgesehen von der Wäsche, Kleidung, den persönlichen Gebrauchsgegenständen und (außer bei Körnerkrankheit) dem Wohnzimmer des Kranken sind bei der Desinfektion besonders zu berücksichtigen:

der Nasen- und Rachenschleim, sowie die Gurgelwässer bei Diphtherie, Genickstarre, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach,
die Stuhlentleerungen bei Ruhr und Typhus,
der Harn bei Typhus,
die eitrigen Absonderungen und Verbandmittel bei Kindbettfieber, Milzbrand und Rotz.

Es ist regelmäßig anzuordnen und sorgfältig darüber zu wachen, daß nicht nur nach der Genesung oder dem Tode des Erkrankten eine sogenannte Schlußdesinfektion stattfindet, sondern daß während der ganzen Dauer der Krankheit die Vorschriften der Desinfektionsanweisung über die Ausführung der Desinfektion am Krankenbett peinlich befolgt werden. Es ist Aufgabe der Polizeibehörde und der beamteten Ärzte, die Bevölkerung hierauf bei jeder sich darbietenden Gelegenheit hinzuweisen.

Die angeordneten Desinfektionsmaßnahmen sind, soweit tunlich, durch staatlich geprüfte und amtlich bestellte Desinfektoren auszuführen, jedenfalls aber durch derartige sachverständige Personen zu überwachen.

Nächst dem Kranken selbst sind die wichtigsten Quellen für die Übertragung von Krankheiten die Absonderungen des Kranken, seine Wäsche- und Kleidungsstücke, alle diejenigen Gegenstände, welche mit ihm in Berührung gekommen sind, und die Räume, in welchen er sich aufgehalten hat. Hiervon war man bereits überzeugt, ehe man die Krankheitserreger kannte. Schon die §§ 19 bis 21 des Regulativs enthalten eingehende Vorschriften über die Reinigung und Desinfektion der Wohnung und der Effekten des Kranken und empfahlen die Errichtung von Desinfektionsanstalten und die Einrichtung besonderer Desinfektionskommissionen unter Leitung von Polizeibeamten und unter Mitwirkung von Sachverständigen.

Die Desinfektion wurde aber früher unzweckmäßig gehandhabt; sie ging einerseits viel zu weit, andererseits bei weitem nicht weit genug. Zu weit ging sie in der Beziehung, daß man in der Umgebung des Kranken wild darauf los desinfizierte, ohne zu fragen, ob auch alles das, was man der Desinfektion unterwarf, wirklich Krankheitskeime enthalten konnte. In dieser Beziehung wird bis in die neueste Zeit hinein gesündigt. Wenn man z. B. in einem Zimmer, in welchem ein Kranker gelegen hat, die Wände, die Decke, jeden Winkel und alle Möbel desinfiziert, so trifft man dabei zahllose Stellen, nach welchen Krankheitskeime überhaupt nicht hinkommen konnten. Diese mit großer Belästigung und vielen Kosten für die Bewohner verbundene Vielgeschäftigkeit schließt aber die Gefahr in sich, daß man dabei irgend einen Winkel, in welchem sich wirklich Krankheitskeime befinden, übersieht. Nicht weit genug aber gingen die alten Vorschriften, weil sie die Reinigung der Wohnung und die Desinfektion erst nach der völligen Genesung des Kranken durchführten. Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, daß eine solche Desinfektion viel zu spät kommt; denn

ist der Kranke genesen, so ist die Mehrzahl der Krankheitskeime, welche sich in der Wohnung befinden, bereits abgestorben. Will man aber wirklich etwas erreichen, so darf man sich auf eine solche Schlußdesinfektion nicht beschränken, sondern muß vom ersten Tage der Erkrankung an während der ganzen Dauer derselben ununterbrochen alle Absonderungen und Wäschestücke usw., welche von dem Kranken herrühren, sorgfältig desinfizieren. Tut man dies aber, dann ist eine eigentliche Schlußdesinfektion kaum noch nötig, denn dann ist ja alles, was gefährlich sein könnte, bereits unschädlich gemacht. Diesen Grundsätzen trägt die Desinfektionsanweisung, welche dem preußischem Gesetz beigegeben ist, in vollem Umfange Rechnung, und sie wird sich in der Praxis um so segensreicher erweisen, als der Bundesrat dieselbe inzwischen mit unbedeutenden Abänderungen auch für die gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsgesetzes für gültig erklärt hat.

§ 19 Abs. 2 R.G. findet auf die Krankheiten im preußischen Gesetz keine Anwendung. Bei ihnen ist also die Desinfektion von Reisegepäck und Handelswaren unter allen Umständen unzulässig. Uneingeschränkt zulässig ist sie nur bei Fleckfieber, Pest und Pocken, dagegen bei Aussatz, Cholera und Gelbfieber nur dann, wenn die Annahme, daß die Gegenstände mit dem Krankheitsstoff behaftet sind, durch besondere Umstände begründet ist. Als Grund für diese unterschiedliche Behandlung wird in der Begründung zum Reichsgesetz ausgeführt, daß bei Fleckfieber, Pest und Pocken der Krankheitsstoff schon durch die Berührung mit Gegenständen, welche ein Kranker benutzt hat, weitergetragen werden kann, es liege daher bei ihnen die Gefahr der Weiterverbreitung durch Waren und Reisegepäck so nahe, daß es geboten erscheine, zum Schutze gegen diese Krankheiten die Zulässigkeit der Desinfektion gemäß § 19 Abs. 1 ohne Einschränkung offenzuhalten. Eine solche Gefahr bestehe dagegen bei Aussatz, Cholera und Gelbfieber im allgemeinen nicht, auch liege es im Interesse des Verkehrs, die Desinfektion von Warensendungen nur insoweit eintreten zu lassen, als anzunehmen sei, daß sie auch wirklich den Krankheitsstoff treffe. Der Gefahr der Seuchenverschleppung durch Warenverkehr empfehle es sich durch Aus- und Einfuhrverbote gemäß § 15 Nr. 1 und § 24 Nr. 2, nicht aber durch Desinfektion entgegenzutreten. Bei der Verbreitung der übertragbaren Krankheiten des preußischen Gesetzes spielen Reisegepäck und Handelswaren so gut wie gar keine Rolle; höchstens kann bei Ruhr und Typhus etwaige mit Krankheitserregern beschmutzte Wäsche in Frage kommen. Indessen bricht sich mehr und mehr die Überzeugung Bahn, daß der Mensch, welcher die Krankheitskeime bei sich trägt, viel gefährlicher ist als die wenige schmutzige Wäsche, welche er bei sich hat, und daß man daher alles Wünschenswerte erreicht, wenn man die Gefahren, welche der reisende Mensch in

sich schließt, durch entsprechende, gegen den Menschen selbst gerichtete Maßregeln einschränkt.

§ 15 Abs. 3 R.G. trifft die Anordnung, daß Gegenstände, deren Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnis zu ihrem Werte zu kostspielig ist, vernichtet werden können. Diese Bestimmung bedarf einer besonderen Erläuterung.

Zunächst ist zu fragen, bei welchen Gegenständen die Desinfektion nicht ausführbar ist. Hier kommen Handelswaren in Betracht. Kommen z. B. aus einem pestverdächtigen Hafen auf einem Schiffe, auf welchem Pestratten gefunden worden sind, größere Massen von lose geschüttetem Getreide, Mais, Mehl u. dgl. an, so muß befürchtet werden, daß diese Waren mit dem Kot der an Pest erkrankten Ratten beschmutzt und daher zur Übertragung der Krankheit geeignet sind. Eine Desinfektion dieser Waren durch strömenden Wasserdampf oder durch chemische Desinfektionsmittel würde sie gänzlich unbrauchbar machen und mit der Vernichtung gleichbedeutend sein. Die Desinfektion ist also nicht ausführbar. Man hat in der Tat in einigen Häfen aus diesem Grunde ganze Ladungen von Mais verbrannt. Glücklicherweise ist diese mit enormen Kosten verbundene Maßregel überflüssig, und es gelingt, die mit diesen Waren verbundenen Gefahren in einfacherer Weise zu beseitigen. Es ist das Verdienst des früheren Hafenarztes, jetzigen Medizinalrates Prof. Dr. Nocht in Hamburg, den Nachweis geführt zu haben, daß man hier viel einfacher zum Ziele kommt. Nach seinen Vorschriften wird jetzt in Hamburg und auch in den preußischen Häfen folgendermaßen verfahren: Waren in Säcken von pestverdächtigen Schiffen werden vorsichtig ausgeladen und äußerlich auf Rattenfraß untersucht. Säcke, welche keinerlei Spuren von Rattenfraß zeigen, werden in den Speicher gebracht und dort gelagert; diejenigen dagegen, an welchen sich Spuren von Rattenfraß finden, werden umgesackt und verbrannt. Loses Getreide wird vorsichtig durchgesiebt, Rattenkadaver und Rattenkot daraus beseitigt und das Getreide dann gelagert. Die Lagerung findet in der Weise statt, daß die verdächtigen Handelswaren in einem großen Speicher innerhalb einer rattendichten Umfriedigung so geschichtet werden, daß die Luft von allen Seiten freien Zutritt hat. Es hat sich herausgestellt, daß etwaige an den Waren haftende Pestbakterien in längstens 14 Tagen zu Grunde gehen.

Handelswaren können auch bei Fleckfieber und Pocken eine Rolle spielen. Dies gilt namentlich von Lumpen, Bettfedern und Roßhaaren. Übertragungen von Pocken sollen mehrfach in Silospeichern und Gerbereien vorgekommen sein; indessen ist noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen, daß hierbei die Übertragung durch die Waren und nicht durch die Menschen stattgefunden hat. Letzteres ist wahrscheinlicher.

Die Verbreitung von Gelbfieber und Rückfallfieber durch Handelswaren muß wohl als ausgeschlossen erachtet werden.

Abgesehen von Handelswaren gibt es wohl kaum irgend welche Gegenstände, deren Desinfektion nicht ausführbar sein sollte. Man hat bei der Abfassung dieser Bestimmung z. B. an wertvolle Kunstgegenstände, Ölgemälde u. dgl. gedacht, welche unter Umständen durch die Desinfektion so leiden können, daß sie ihren Wert zum größten Teil verlieren. Niemand wird jedoch daran denken, diese Gegenstände etwa vernichten zu lassen, weil ihre Desinfektion nicht ausführbar ist. Man wird vielmehr einfach auf die Desinfektion verzichten, wenn nicht der sichere Nachweis geführt werden kann, daß diese Gegenstände wirklich mit Krankheitskeimen beschmutzt worden sind, und in diesem Falle wird ein mit der Anwendung der Desinfektionsmittel wirklich vertrauter Sachverständiger für jeden derartigen Gegenstand eine Methode angeben können, deren Anwendung den betreffenden Gegenstand nicht schädigt.

Man wird sich daher auf die Vernichtung solcher Gegenstände beschränken, deren Desinfektion im Verhältnis zu ihrem Werte zu kostspielig ist. Als solche sind zu nennen: Strohsäcke mit Inhalt, abgetragene Kleidungs- und Wäschestücke, Verbandstoffe, Wischlappen, wertlose Bücher, zerbrochenes Spielzeug usw. Jedoch wird man auch in dieser Beziehung das Desinfektionspersonal zu einer gewissen Zurückhaltung erziehen müssen.

Mir ist ein Fall bekannt, in welchem ein beamteter Arzt die Verbrennung der sämtlichen Kleider, der reinen, eben gewaschenen Wäsche eines an Pest Verstorbenen anordnete, weil er, wie er sagte, an die Wirksamkeit der Desinfektion nicht glaubte. Ein derartiges Vorgehen ist vollständig ungesetzlich. Denn abgesehen davon, daß die Desinfektion der Gegenstände ausführbar war, war sie vielleicht nicht einmal nötig, weil nicht der Nachweis erbracht war, daß sie mit Krankheitskeimen in Berührung gekommen waren; wenn sie das aber waren, so war ihre Vernichtung unzulässig, weil die Gegenstände einen erheblichen Wert darstellten. Je schonender man in dieser Beziehung vorgeht, je mehr man auf die Verhältnisse des Kranken und seiner Angehörigen Rücksicht nimmt, um so mehr Verständnis und Entgegenkommen wird man begegnen bei der Durchführung derjenigen Maßregeln, welche auch der Nicht-Sachverständige als unerläßlich anerkennen muß. Wenn man aber bei der Durchführung der Desinfektion Maßregeln trifft, die den Charakter des Vandalismus an sich tragen, so wird man auf berechtigten Widerstand bei der Bevölkerung stoßen.

In den allg. Ausführungsbest. zu § 8 P.G. wird in Ziff. 3, XI, Abs. 3 empfohlen, daß in Gemeinden und weiteren Kommunalverbänden, welche das Desinfektionswesen regeln, im Benehmen mit dem beamteten Arzte Desinfektionsordnungen erlassen werden.

Hierzu ist zu bemerken: Ohne solche Regelung des Desinfektionswesens ist die Durchführung der erforderlichen Desinfektionen nicht

möglich. Die Ortspolizeibehörde, welche eine solche Desinfektion anordnet, muß wissen, wo und von wem dieselbe durchgeführt werden kann. Sie muß also über das ausreichende Desinfektionspersonal und über eine Desinfektionsanstalt verfügen.

Was das Desinfektionspersonal betrifft, so ist für dessen Heranbildung in Preußen seit einer Reihe von Jahren in zielbewußter Weise gesorgt worden. In Verbindung mit einer Reihe von Instituten sind vom Herrn Kultusminister Desinfektorenschulen errichtet worden, in welchen geeignete von Gemeinden und dergleichen geschickte Personen in achttägigen Kursen in der theoretischen und praktischen Desinfektion unentgeltlich ausgebildet werden. Nach Ablauf der Kurse werden sie einer Prüfung unterzogen, nach deren Bestehen sie einen Ausweis als staatlich geprüfter Desinfektor erhalten. In neuerer Zeit finden neben diesen Desinfektorenkursen noch besondere, etwas kürzere Kurse für Gemeindeschwestern und Diakonissen statt, um diese hauptsächlich in der Krankenpflege tätigen Personen in der Desinfektion am Krankenbette auszubilden. In verschiedenen Erlassen hat der Herr Kultusminister auf die Notwendigkeit hingewiesen, daß jede größere Gemeinde und jeder Kreis zur Anstellung von Desinfektoren übergeht, welche womöglich als Kommunalbeamte mit festem Gehalt angestellt, jedenfalls so gestellt werden, daß sie die Durchführung der Desinfektion als ihre Lebensaufgabe betrachten und der Polizeibehörde und dem beamteten Arzte auch sonst bei der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten zur Hand gehen können. Die Desinfektoren sollen von den Kreisärzten beaufsichtigt und in angemessenen Zeiträumen von ihnen einer Nachprüfung unterzogen werden; auch sollen sie von Zeit zu Zeit, etwa alle 6 Jahre, einen Wiederholungskursus an einer Desinfektorenschule durchmachen.

Zur Regelung des Desinfektionswesens gehört ferner die genaue Festsetzung, bei welchen Krankheiten eine Desinfektion erforderlich ist, und wann dieselbe einzutreten hat. Nach den Ausführungsbestimmungen zu den Seuchengesetzen ist die Desinfektion erforderlich bei sämtlichen in beiden Gesetzen aufgeführten Krankheiten, und zwar hat sie zu erfolgen einmal fortlaufend während der ganzen Dauer der Krankheit und zweitens als sogenannte Schlußdesinfektion, sobald der Kranke genesen, in ein Krankenhaus oder einen anderen geeigneten Unterkunftsraum übergeführt oder gestorben ist. Es wird also dafür Sorge zu tragen sein, daß die Ortspolizeibehörden sich von dem Eintritt dieses Zeitpunktes stets genau versichern.

Zur Regelung des Desinfektionswesens gehört auch die Regelung der Kostenfrage. Nach dem Gesetz findet ein Ersatz des durch die Desinfektion entstandenen Schadens auf Antrag statt, wenn Gegenstände vernichtet oder durch die Desinfektion derartig beschädigt worden sind, daß sie ihrem bestimmungsgemäßen Gebrauche nicht mehr dienen

können. Auch kann ein Ersatz der durch die Desinfektion selbst entstandenen Kosten unter gewissen Voraussetzungen beantragt werden.

Allerdings werden in der Mehrzahl der Gemeinden, welche zur Regelung des Desinfektionswesens übergegangen sind, für die Ausführung der Desinfektion Gebühren erhoben, um die nicht unerheblichen Kosten, welche die Aufrechterhaltung der Desinfektionseinrichtungen verursacht, wenigstens teilweise zu decken. Dies ist jedoch bedauerlich, weil dadurch die schon an sich bei der Bevölkerung unbeliebte Desinfektion noch weiter an Popularität einbüßt. Ein großer Teil der Bevölkerung sieht die Notwendigkeit der Desinfektion nicht ein und betrachtet diese Maßregel, welche gegen seinen Willen stattfindet, und bei deren Durchführung mit seinem Eigentum in einer ihm durchaus unerwünschten Weise verfahren wird, als eine erhebliche Belästigung, die er um so schwerer empfindet, wenn er auch noch dafür bezahlen soll. Bei Unbemittelten wird nach dem Armenrecht die Tragung der Kosten der Gemeinde zufallen. Es wäre aber in hohem Grade wünschenswert und würde sicherlich auch nicht mit einer übermäßigen Belastung der Kommunalkassen verbunden sein, wenn die Durchführung der Desinfektion in der Weise stattfände, daß dem einzelnen nur die Kosten der laufenden Desinfektion am Krankenbett auferlegt, dagegen die Kosten der sogenannten Schlußdesinfektion auch ohne Antrag auf öffentliche Kassen übernommen würden. Dies würde zur Folge haben, daß der jetzt vielfach verbreitete Widerstand in der Bevölkerung gegen die Desinfektion, ihre Neigung, Krankheitsfälle, bei welchen eine Desinfektion erforderlich ist, zu verheimlichen und Gegenstände, welche desinfiziert werden müssen, der Desinfektion zu entziehen, sehr bald verschwinden würde. Die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten würde dadurch außerordentlich erleichtert, und ihr Erfolg wesentlich gesteigert werden.

Zur Regelung des Desinfektionswesens gehört ferner die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von D e s i n f e k t i o n s a n s t a l t e n und Einrichtungen. Eine Desinfektionsanstalt erfordert Räume zur Aufstellung eines oder mehrerer Dampfdesinfektionsapparate und zur Durchführung von Desinfektionen mit chemischen Desinfektionsmitteln, sowie die Anstellung eines oder mehrerer Desinfektoren, auch muß sie mit einem oder mehreren Wagen zur Abholung der zu desinfizierenden Gegenstände und mit den erforderlichen Einrichtungen zur Wohnungsdesinfektion ausgestattet sein. Die Errichtung und Unterhaltung einer solchen Anstalt erfordert daher gewisse Kosten, deren Aufbringung in der Regel nur größeren Gemeinwesen möglich ist. Unbedingt notwendig ist die Errichtung einer Desinfektionsanstalt in größeren und mittleren Städten, während man kleineren Städten und ländlichen Ortschaften, falls sie nicht sehr wohlhabend sind, eine solche Aufwendung in der Regel nicht zumuten kann. Für diese Kommunen ein-

zutreten ist die Aufgabe des Kreises. Mehr und mehr sind bereits die Kreise zur Errichtung von Kreisdesinfektionsanstalten übergegangen, und es muß im Interesse einer wirksamen Seuchenbekämpfung verlangt werden, daß in Zukunft jeder Kreis, falls er sich nicht an die Desinfektionsanstalt einer größeren Stadt anschließen kann, eine eigene Kreisdesinfektionsanstalt errichtet und mit einem solchen Personal und Material an Desinfektionsapparaten und Einrichtungen ausstattet, daß sie allen Anforderungen entsprechen kann. Durch eine entsprechende Erhöhung der Kommunalsteuer wird die Gemeinde bezw. der Kreis in der Lage sein, die unentgeltliche Durchführung der Desinfektion durchführen zu können.

Zur Regelung des Desinfektionswesens gehört endlich der Erlaß einer Desinfektionsordnung, in welcher sich eine Geschäftsanweisung für die Desinfektoren und für die Desinfektionsanstalt, die Vorschriften über die Anmeldung und die Durchführung der einzelnen Desinfektionen, die Listenführung, die Kontrolle usw. zu befinden hat. Die Mitwirkung des beamteten Arztes bei der Ausarbeitung der Desinfektionsordnung ist unerläßlich, um zu gewährleisten, daß ihr Inhalt dem zeitigen Stand der Desinfektionstechnik Rechnung trägt. Der Erlaß der Desinfektionsordnung ist von der Genehmigung des Regierungspräsidenten abhängig gemacht, um zu gewährleisten, daß innerhalb eines Regierungsbezirkes eine einheitliche Regelung des Desinfektionswesens stattfindet.

In den allg. Ausführungsbest. zu § 8 P.G. wird in Ziff. 3, XI, Abs. 4 angeführt, welche Gegenstände bei der Desinfektion besonders zu berücksichtigen sind. Diese Bestimmung hat den Zweck, das früher allgemein übliche planlose Darauflos-Desinfizieren zu verhüten und dafür zu sorgen, daß bei der Desinfektion möglichst nur das, das aber gründlich, berücksichtigt wird, von welchem angenommen werden muß, daß es mit den Erregern der Krankheit in Berührung gekommen ist. Grundsatz muß sein und bleiben, daß der Kranke und seine Absonderungen die Quelle der Krankheitskeime sind, und daß außer ihnen nur die Gegenstände gefährlich sind, von welchen angenommen werden muß, daß sie mit den Absonderungen des Kranken in Berührung gekommen sind. In dieser Beziehung durchaus zweckmäßig zu verfahren, ist allerdings nur möglich bei denjenigen Krankheiten, deren Erreger wir kennen, bei denen wir also wissen, in welchen Absonderungen des Kranken die Erreger in die Außenwelt gelangen. Von den Ausleerungen sind besonders gefährlich der Nasen- und Rachenschleim, der Auswurf sowie die Gurgelwässer bei Aussatz, Diphtherie, Genickstarre, Lungen- und Kehlkopftuberkulose, Pest, Pocken und Scharlach, die Stuhlentleerungen bei Cholera, Ruhr und Typhus, der Harn bei Typhus, die eiterigen Absonderungen und Verbandmittel bei Aussatz, Kindbettfieber, Milz-

brand, Pest, Pocken und Rotz. Gefährlich sind außerdem bei sämtlichen Krankheiten die Leib- und Bettwäsche, die Kleidung, die persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Wasch- und Badewässer des Kranken.

In Ziff. 3, XI, Abs. 5 wird mit besonderem Nachdruck darauf hingewiesen, daß während der Dauer der Krankheit die Vorschriften der Desinfektionsanweisungen über die Ausführung der Desinfektion am Krankenbett peinlich zu befolgen sind. Es wurde schon vorher darauf hingewiesen, daß eine regelmäßige und sorgfältige Durchführung der Desinfektion am Krankenbett die Hauptsache ist und eine Schlußdesinfektion beinahe überflüssig macht.

Nur hierdurch werden sich Übertragungen von Krankheiten auf die Angehörigen und das Pflegepersonal des Kranken verhüten lassen, und nur hierdurch wird es möglich sein, zu verhindern, daß sich an den einzelnen Krankheitsfall eine Epidemie anschließt. Jeder Arzt, jeder Krankenpfleger sollte es sich angelegen sein lassen, die Familien, in welchen er in Tätigkeit tritt, immer und immer wieder hierauf hinzuweisen. Der Arzt sollte bei seinen täglichen Krankenbesuchen niemals versäumen, auf die gerade notwendigen Desinfektionsmaßregeln hinzuweisen. Für die Polizeibehörden und die beamteten Ärzte wird dies durch die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zur Pflicht gemacht. Die beamteten Ärzte werden sich ein Verdienst erwerben, wenn sie außerdem die Notwendigkeit der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbett auch in Vorträgen, in ärztlichen Vereinen und in Gesprächen mit praktischen Ärzten immer und immer wieder betonen.

In dieser Beziehung geschieht bis jetzt viel zu wenig. Der Grund dafür liegt nicht nur in mangelndem Verständnis seitens der Bevölkerung, sondern auch in dem Umstande, daß die Desinfektion mit nicht unerheblichen Kosten verbunden ist. Zwar ist in der Desinfektionsanweisung selbst bei Auswahl der Desinfektionsmittel nicht nur auf ihre Wirksamkeit, sondern auch auf ihre Wohlfeilheit Rücksicht genommen worden. Aber auch ein billiges Desinfektionsmittel wird auf die Dauer teuer, wenn sich der Krankheitsfall in die Länge zieht, und wenn das Mittel, wie es erforderlich ist, immer in ausreichender Menge bereitgehalten werden soll. Die Durchführung der Desinfektion wird wesentlich erleichtert werden, wenn die Ärzte sich bemühen, der Bevölkerung bei der Auswahl der Desinfektionsmittel mit Rat und Tat an die Hand zu gehen, und wenn die Krankenkassen ihren Kassenmitgliedern einfache und billige Desinfektionsmittel in ausreichender Menge zur Verfügung stellen. Auch werden die Gemeinden und die Vorstände der Krankenkassen durch feste Verträge mit den Apotheken es unschwer dahin bringen können, daß ihnen die Desinfektionsmittel zu Vorzugspreisen zur Verfügung gestellt werden.

In den allg. Ausführungsbest. zu § 8 P.G. Ziff. 3, XI, Abs. 6, ist angeordnet, daß die Desinfektionsmaßnahmen, soweit tunlich, durch staatlich geprüfte und amtlich bestellte Desinfektoren auszuführen, jedenfalls aber durch derartige sachverständige Personen zu überwachen sind. Diese Vorschrift hat zu Mißverständnissen Veranlassung gegeben. Man hat gemeint, es sollte jede Desinfektion, auch die fortlaufende am Krankenbett, durch staatlich geprüfte Desinfektoren ausgeführt werden. Dies ist natürlich schon wegen der damit verbundenen erheblichen Kosten nicht durchführbar. Es ist ja unmöglich, so viele Desinfektoren anzustellen, als erforderlich wären, um alle Desinfektionen am Krankenbett auszuführen; dies würde auch mit einer erheblichen Belästigung der Bevölkerung verbunden sein. Verlangt und durchführbar ist nur, daß die sogenannte Schlußdesinfektion stets durch staatlich geprüfte Desinfektoren und nicht etwa durch Privatdesinfektionsanstalten ausgeführt wird, und erwünscht ist ferner, daß die Durchführung der laufenden Desinfektion am Krankenbett von staatlich geprüften und amtlich bestellten Desinfektoren überwacht wird.

Man hat dagegen eingewendet, daß dadurch in die Befugnis der Ärzte und in die Rechte des Kranken in unzulässiger Weise eingegriffen wird. Dieser Einwurf ist nicht berechtigt. Sicherlich sind die Ärzte in erster Linie berufen, die Durchführung der Desinfektion am Krankenbett zu überwachen; allein sie kommen in der Regel nicht so häufig zu dem Kranken, um diese Überwachung in ausreichender Weise ausführen zu können. In kleinen Orten und auf dem Lande kommt der Arzt nur selten selbst zu Schwerkranken. Es gibt außerdem gar nicht so wenige Kranke, die überhaupt keinen Arzt zuziehen. Endlich aber legt das Seuchengesetz der Polizeibehörde die Pflicht auf, die Durchführung der Desinfektion zu überwachen. Diese Überwachung eigens dazu ausgebildeten Organen, also staatlich geprüften und amtlich bestellten Desinfektoren zu übertragen, ist aber jedenfalls viel zweckmäßiger, als wenn man Polizeibeamte in Uniform damit beauftragen wollte, deren Eintritt in die Wohnung für die Kranken und deren Angehörige jedenfalls viel weniger angenehm sein würde. Den Umfang, in welchem die Desinfektoren die forlaufenden Desinfektionen am Krankenbett zu überwachen haben, zu bestimmen, ist Sache der Desinfektionsordnung.

X. Vertilgung von Ungeziefer.

§ 20 R.G. Zum Schutze gegen Pest können Maßregeln zur Vertilgung und Fernhaltung von Ratten, Mäusen und anderem Ungeziefer angeordnet werden.

Es gibt Krankheiten, welche durch Vermittelung von Tieren übertragen werden. Außer der Schlafkrankheit, welche durch gewisse Fliegen übertragen wird, aber für Deutschland keine Bedeutung hat, kommen in dieser Beziehung in erster Linie die Malaria und das Rückfallfieber in Betracht. Bei der Malaria spielt bekanntlich eine bestimmte Mückenart, die Anopheles, beim Rückfallfieber in Europa wahrscheinlich die Wanze und der Floh, in Afrika eine Zecke eine Rolle. Auch das Gelbfieber wird durch Insekten übertragen; inwieweit dies beim Fleckfieber der Fall ist, wissen wir noch nicht genau.

Das Seuchengesetz hat es nicht für nötig befunden, die Bekämpfung dieser Insekten anzuordnen. Eine solche Maßregel schien dagegen unerläßlich gegenüber der Pest, bei deren Übertragung, wie neuere Forschungen ergeben haben, hauptsächlich die Ratten, aber auch Mäuse eine gewisse Rolle spielen. Jedenfalls enthält § 20 R.G. die Befugnis, zum Schutze gegen Pest Maßregeln zur Vertilgung und Fernhaltung von Ratten, Mäusen und anderem Ungeziefer anzuordnen.

In den alten Pestberichten finden sich die Ratten noch nicht erwähnt. Wenn man sie auf einigen älteren Bildern, die sich auf Pestepidemien beziehen, abgebildet findet, so darf man daraus nicht schließen, daß unsere Altvorderen die Bedeutung der Ratten für die Verbreitung der Pest erkannt hätten; auf die Rolle, welche sie dabei spielen, ist man erst neuerdings aufmerksam geworden. Während der Pestepidemie von 1897 in Indien hat man z. B. beobachtet, daß die Pest in Orten, welche durch einen Fluß in zwei Teile getrennt waren, nach ihrem Auftreten an der einen Flußseite nach der anderen nicht hinübergelangte, was man darauf schob, daß die Ratten den Fluß nicht durchschwimmen konnten.

Ähnliches beobachtete man in Alexandrien, Oporto und a. a. O. Unter den Eingeborenen in Indien und im Innern von Afrika ist es seit langer Zeit bekannt, daß dem Auftreten der Pest unter den Menschen ein auffälliges Rattensterben vorherzugehen pflegt. In Häfen hat man wiederholt beobachtet, daß auf Schiffen, welche neben einem Schiffe mit Pestkranken lagen, plötzlich unter den Ratten Erkrankungen und Todesfälle an Pest vorkamen. Bei der Neigung der Ratten, allerlei Abfälle anzuknabbern, ist es leicht erklärlich, daß sie die in den Absonderungen von Kranken befindlichen Pesterreger in sich aufnehmen können. Erkrankt und stirbt eine Ratte, so wird sie von ihren Genossen sofort angefressen und verzehrt, und auf diese Weise pflegt sich die Krankheit mit unglaublicher Schnelligkeit unter den Rattenbeständen eines Schiffes zu verbreiten. Der Umstand, daß es in Bombay und verschiedenen anderen Orten Indiens, in denen die Pest seit dem Jahre 1897 herrscht, trotz aller Bemühungen nicht gelingt, der Seuche Herr zu werden, hängt zweifellos damit zusammen, daß sich die Pest

unter den Ratten eingenistet hat, welche in den zum Teil sehr kümmerlichen Wohnungen der Hindus in unglaublichen Mengen vorkommen.

Wie die Pest von Ratten auf Menschen übertragen wird, darüber sind die Ansichten geteilt. Die von Calmette und anderen Forschern vertretene Anschauung, daß hierbei die Flöhe der Ratten eine Rolle spielen, ist Bedenken begegnet. Es ist durch Versuche festgestellt, daß von den Rattenflöhen, von denen wir etwa fünf verschiedene Arten kennen, die Mehrzahl auf Menschen nicht übergeht. Auch kommt weiter in Betracht, daß man auf Schiffen, welche europäische Häfen anliefen, wiederholt zahlreiche Pestratten gefunden hat, ohne daß einer von der Besatzung an Pest erkrankt wäre. Man muß ferner berücksichtigen, daß keineswegs in allen, ja nicht einmal in der Mehrzahl der Fälle die Pesterreger im Blutstrom sich finden, sondern daß dies nur im Endstadium der Krankheit, bei der sogenannten Pestseptikämie, der Fall ist. Blutsaugende Insekten würden daher nur ausnahmsweise im stande sein, die Pest von einem Pestkranken auf Gesunde zu übertragen, weil das Blut die Bakterien nicht enthält. Näher läge es, anzunehmen, daß der Mensch die Krankheitskeime in der Weise in sich aufnimmt, daß er Staub und Schmutz, welcher mit zertretenem und verstäubtem Rattenkot vermischt ist, an die Hände und Füße und in etwaige an denselben befindliche Verletzungen bringt. In der Mehrzahl der Fälle tritt die Pest als sogenannte Beulenpest, d. h. als eine zunächst lokale Erkrankung der Lymphdrüsen am Nacken, in der Achselhöhle oder in der Leistenbeuge auf. Die Erfahrung spricht bekanntlich dafür, daß derartige Erkrankungen des lymphatischen Apparates infolge des Eindringens von Krankheitserregern in kleine Verletzungen entstehen, welche sich an demjenigen Teile der Haut befinden, von welchem die zu den betreffenden Drüsen gehenden Lymphgefäße ihren Ursprung nehmen. Die Lungenpest kann durch die Aufnahme der Krankheitskeime durch die Einatmung von Staub erklärt werden, während sie allerdings am häufigsten dadurch entsteht, daß ein Gesunder in der Umgebung eines Pestkranken die von diesem beim Husten, Niesen, Sprechen und Räuspern verbreiteten feinen Schleimtröpfchen einatmet. Neuerdings wird jedoch mit Nachdruck behauptet, daß ein bestimmter Rattenfloh, der Pulex Cheopis, welcher auf Menschen geht, die Pest auf diese überträgt. Ob diese Ansicht richtig ist, müssen weitere Versuche ergeben.

Jedenfalls kommt alles darauf an, die pestkranken Ratten und Mäuse aufzufinden und zu vernichten.

Als man die Bedeutung der Ratten für die Verbreitung der Pest erkannte, glaubte man einen Vernichtungskrieg gegen die Ratten eröffnen zu müssen. Namentlich hielt man dies in Hafenorten für nötig, damit eine etwaige Einschleppung von Pestratten eine Verbreitung der Seuche im Hafen unmöglich machte.

Dies kann nicht als zweckmäßig erachtet werden. Es hätte nur Sinn, wenn die Ratten die Pest aus sich selbst erzeugen könnten, was keineswegs der Fall ist; sie erkranken ja nur, wenn sie mit Pesterregern in Berührung kommen, und die Pesterreger sind bei uns nicht heimisch. Ein Vernichtungskampf gegen die gesunden Ratten hat daher keinen Sinn und ist um so weniger zu empfehlen, als er bei der kolossalen Verbreitung und ungemeinen Fruchtbarkeit der Ratten auch vollkommen aussichtslos ist. Von der prophylaktischen Vernichtung der Ratten in allen europäischen Orten muß daher schon aus Sparsamkeitsrücksichten abgeraten werden. Wohl aber kann ein solcher Vernichtungskampf in Frage kommen, sobald an einem Orte Pestfälle vorgekommen sind; dann darf man hoffen, durch eine möglichst ausgiebige Abtötung der Ratten eine weitere Verbreitung der Krankheit zu verhüten. Besonders der Aufmerksamkeit bedürftig sind dann die Lagerspeicher in den Hafenorten, sowie Getreidelager, Markthallen, Lebensmittelmagazine, Kloaken usw. Aber auch hier ist die Durchführung der Rattenvernichtung schwierig. Am wirksamsten ist noch das Legen von Phosphor, doch gehen die Ratten schwer an eine solche Nahrung heran, sobald sie ihre Gefährlichkeit gemerkt haben. Katzen haben wenig Neigung, Ratten zu fressen. Wirksamer sind gewisse Hundearten, namentlich Terrier, welche den Ratten mit großer Tapferkeit zu Leibe gehen. Die Versuche namentlich von Danysz, durch Auslegung einer von ihm entdeckten, für Ratten gefährlichen Bakterienart eine tödliche Epidemie unter den Ratten zu erzeugen, sind nicht sehr erfolgreich gewesen. In verschiedenen Orten, z. B. in Kopenhagen und in Australien, hat man den Kampf gegen Ratten durch Prämien angeregt. In Kopenhagen hat man z. B. für jeden eingelieferten Rattenschwanz 5 Öre gezahlt. Aber diese Maßregel ist sehr schwer durchführbar, weil sie auf die Dauer kostspielig wird, und weil man die Beobachtung gemacht hat, daß bei der Einführung solcher Prämien sich Leute finden, welche sich auf die Züchtung der Ratten verlegen, um sich auf diese Weise eine bequeme Erwerbsquelle zu verschaffen.

Um nichts Unzweckmäßiges zu machen, wird man sich beim Auftreten der Pest an einem Orte darauf zu beschränken haben, nur in nächster Umgebung des Krankheitsherdes, dort aber mit aller Energie den Kampf gegen die Ratten zu beginnen. Dort kann man Phosphorlatwerge legen und Terrier zum Abfangen der Ratten unterbringen. In der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Pest wird folgendes geraten: „Es ist namentlich Vorkehrung dafür zu treffen, daß die Ortspolizeibehörde, sobald an einem Orte unter den Ratten (insbesondere in Getreidelagern, Lebensmittelmagazinen u. dgl.) ein auffälliges Sterben aus unbekannter Ursache beobachtet wird, von diesem Vorkommnis unverzüglich Kenntnis erhält. Einige

tote Ratten sind in möglichst frischem Zustande, unter genauer Beobachtung der für die Entnahme und Versendung pestverdächtiger Untersuchungsobjekte ergangenen Anweisung (Anlage 1), sofort denjenigen Stellen zu übersenden, welche von den Landesregierungen mit der bakteriologischen Untersuchung pestverdächtiger Fälle beauftragt sind; die übrigen toten Ratten sind am besten zu verbrennen oder in einer hinreichend tiefen Grube, mit Kalkmilch reichlich übergossen, zu verscharren. Die Berührung solcher Ratten mit der Hand ist zu vermeiden, der Platz, auf welchem sie gefunden wurden, ist zu desinfizieren. Häuser, in denen an der Pest verendete Ratten gefunden werden, sind zu desinfizieren, soweit dies von dem beamteten Arzte für erforderlich gehalten wird.“ Über die Beseitigung der Kadaver von pestkranken Ratten wird in der Desinfektionsanweisung bei Pest unter Nr. II, 28 folgendes gesagt: „Etwa aufgefundene Tierkadaver sind in feuchte, mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung getränkte Lappen einzuschlagen, ohne daß sie dabei mit den bloßen Fingern berührt werden; alsdann sind sie durch gründliches Auskochen unschädlich zu machen oder besser sofort zu verbrennen oder, wenn beides nicht durchführbar ist, in einer mindestens 1 m tiefen Grube zu vergraben. Der Platz, auf welchem die Tierkadaver gefunden wurden, ist durch Übergießen mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung zu desinfizieren.“

Auf die Bekämpfung von Ratten auf Schiffen bezieht sich der Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe und des Ministers der Medizinalangelegenheiten vom 23. April 1901 (Min.Bl. f. M.A. S. 94). Hier ist gesagt: „1) Schiffe, auf denen die Pest unter den Ratten festgestellt ist, sind in dem gleichen Maße als pestgefährlich anzusehen wie Schiffe, auf denen Menschen an Pest erkrankt sind; sie sind deshalb denselben Vorsichtsmaßregeln zu unterwerfen, denen nach den unter den Bundesseestaaten vereinbarten Vorschriften über die gesundheitspolizeiliche Kontrolle der Seeschiffe solche Schiffe unterliegen, auf denen pestkranke Menschen vorhanden sind oder gewesen sind. 2) Besondere Achtsamkeit ist dem Schiffskehricht von verseuchten und verdächtigen Schiffen zuzuwenden; bevor derselbe behufs Verbrennung von Bord gebracht wird, ist er mit Kalkmilch oder Sublimat anzufeuchten.“

XI. Behandlung der Leichen.

§ 21 R.G. Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an einer gemeingefährlichen Krankheit gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden.

A.A. zu § 8 P.G. 3. XII. Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an Diphtherie, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand oder Rotz gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden (§ 21 des Reichsgesetzes).

Als solche kommen in Betracht:

Einhüllen der Leichen in Tücher, welche mit einer desinfizierenden Flüssigkeit getränkt sind, baldige Einsargung, Füllung des Sargbodens mit einem aufsaugenden Stoffe, baldige Schließung des Sarges, Überführung des Sarges in ein Leichenhaus oder einen anderen geeigneten Absonderungsraum, Verbot der Ausstellung der Leiche im Sterbehause oder im offenen Sarge, Beschränkung des Leichengefolges, Verbot der Leichenschmäuse, baldige Bestattung, Befolgung der Desinfektionsmaßregeln seitens der Leichenträger.

Das Betreten des Sterbehauses, die Begleitung der Leichen der an Diphtherie oder Scharlach verstorbenen Personen durch Schulkinder und das Singen der Schulkinder am offenen Grabe ist zu verbieten.

Hauptsächlich kommt für die Verbreitung der übertragbaren Krankheiten der erkrankte Mensch in Betracht. Diese Gefahr stellt er nicht nur während des Lebens, sondern auch noch nach dem Tode dar. Es muß aber hervorgehoben werden, daß die früher verbreitete Anschauung, Krankheiten könnten durch Kirchhöfe verbreitet werden, und die Leichen von Personen, welche an übertragbaren Krankheiten zu Grunde gegangen sind, könnten durch Infektion des Grundwassers der Kirchhöfe zur Verbreitung der Krankheit beitragen, nicht zutreffend ist. Wenn man z. B. von Fällen berichtete, in denen Cholera oder Typhus von Cholera- oder Typhusleichen ausgegangen sein sollten, welche ein Jahr oder länger bestattet waren, so beruht dies zweifellos auf einem Irrtum. Durch eingehende Untersuchungen von Petri, v. Esmarch u. A. ist nachgewiesen, daß die Erreger der meisten bakteriologischen Krankheiten innerhalb der Leiche in kurzer Zeit zu Grunde gehen infolge von Überwucherung durch Fäulniserreger.

Eine ordnungsmäßig bestattete Leiche ist für Menschen ungefährlich, weil die in ihr enthaltenen Krankheitskeime eher absterben, als der Sarg verwest. Die Keime würden daher, selbst wenn sie noch lebten, gar nicht in den Boden übergehen können; wenn sie das aber selbst könnten, so würden sie nicht in das Grundwasser und damit in das Wasser von Brunnen gelangen können, weil sie durch die filtrierende Kraft des Bodens in demselben zurückgehalten werden. Wir wissen aus den Untersuchungen namentlich von C. Fränkel, daß der Boden schon in weniger als 2 m Tiefe fast vollkommen bakterienfrei ist. Untersuchungen von Schlatter und anderen haben ergeben, daß der Kirchhofsboden sich in dieser Beziehung von anderen Bodenarten in keiner Weise unterscheidet; ja selbst direkt unter Gräbern verhält er sich nicht anders. Die Gefahren, welche Leichen für ihre Umgebung darstellen, bestehen also nur in der Zeit zwischen dem Eintritt des Todes und der Bestattung.

Diese Gefahren sind aber unter Umständen sehr groß. Gegen das Ende der Krankheit hin nehmen nämlich die Krankheitserreger

bekanntlich in erheblicher Weise zu und erscheinen in den Absonderungen des Kranken in kolossaler Menge. In der Flüssigkeit, welche dem Sterbenden aus Mund und Nase fließt, sind z. B. die Erreger des Milzbrandes und der Pest in kolossalen Mengen vorhanden. Dasselbe gilt von Lungentuberkulose, Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, Keuchhusten. Kranke, welche an Cholera, Ruhr oder Typhus zu Grunde gehen, sind häufig genug infolge der reichlichen Durchfälle mit bakterienhaltigem Kot beschmutzt. Die Krankheitskeime finden sich aber nicht nur am Körper des Kranken selbst, sondern in seiner Leib- und Bettwäsche und in der nächsten Umgebung des Sterbebettes. Die Personen, welche mit der Reinigung und Einsargung der Leiche sich beschäftigen, und alle diejenigen, welche sich am Sterbelager aufhalten, sind daher auf das äußerste gefährdet.

Die Pietät und religiöse Vorschriften bringen es mit sich, daß das Sterbelager und das Totenbett häufig den Mittelpunkt für die Versammlung zahlreicher Angehöriger und Freunde des Verstorbenen darstellt. Nicht nur, daß die nächsten Angehörigen die Leiche küssen und sich wiederholt in der Umgebung der offen aufgebahrten Leiche versammeln, in vielen Gegenden ist es auch üblich, daß sogenannte Leichenschmäuse veranstaltet werden, bei denen die Verwandten und Freunde im Nebenzimmer oder im Sterbezimmer selbst Nahrungsmittel zu sich nehmen, weil sie dadurch den Verstorbenen zu ehren glauben. Die Fälle, in denen sich an Leichenbegängnisse Krankheitsverschleppungen anschlossen, sind ganz außerordentlich häufig. Mit Recht wird daher durch § 21 R.G. den Behörden die Befugnis eingeräumt, für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an einer gemeingefährlichen Krankheit gestorben sind, besondere Vorsichtsmaßregeln anzuordnen. Diese Befugnis wird durch § 8 P.G. auf Diphtherie, Milzbrand, Rotz, Ruhr, Scharlach und Typhus ausgedehnt. Als solche Vorsichtsmaßregeln werden in der Begründung zum Reichsgesetz folgende aufgezählt: Verbot der Ausstellung von Leichen in den Wohnungen oder in allgemein zugänglichen Räumen; möglichst baldige Entfernung der Leiche aus der Wohnung; Anwendung desinfizierender Stoffe beim Waschen und bei der Einsargung; Verwendung festschließender Särge; Verbot von Leichenfeierlichkeiten im Sterbehause; Regelung der Beförderung der Leichen zum Bestattungsorte.

In den allg. Ausführungsbest. zu § 8 P.G. wird dies in Ziff. 3, XII näher ausgeführt. Die in vielen Gegenden, namentlich auf dem Lande übliche Sitte, daß Schulkinder die Leiche begleiten und am offenen Grabe singen, hat zu folgender Vorschrift Veranlassung gegeben: „Das Betreten des Sterbehauses, die Begleitung der Leichen der an Diphtherie oder Scharlach verstorbenen Personen durch Schulkinder und das Singen der Schulkinder am offnen Grabe ist zu verbieten.“

Es wird Aufgabe der behandelnden und beamteten Ärzte sein, durch Belehrung die Angehörigen der Verstorbenen dahin zu bringen, daß sie diese Vorschriften befolgen, ohne Ausübung polizeilichen Zwanges. Es wird nicht immer leicht sein, die Angehörigen vor der so gefährlichen Berührung der Leiche mit Erfolg zu warnen und ihr Einverständnis zur möglichst umgehenden Überführung der Leiche in ein Leichenhaus zu erlangen; bei der großen Bedeutung dieser Angelegenheit aber muß auf die Durchführung dieser Bemühungen der größte Wert gelegt werden.

Leichenschmäuse sind in letzter Zeit infolge des energischen Vorgehens der Behörden in vielen Teilen des Landes fast vollständig abgekommen.

Über die Behandlung der Leichen der an ansteckenden Krankheiten Verstorbenen bestimmt das Regulativ von 1835 in § 22, daß die Leichname der in Privatwohnungen an ansteckenden Krankheiten Verstorbenen, sobald die ärztliche Anerkennung des wirklich erfolgten Todes stattgefunden hat, in besondere, möglichst isolierte Räume zu bringen und bis zur Beerdigung nach Vorschrift der Desinfektionsinstruktion zu behandeln sind. Die Särge müssen gehörig verpicht werden, und die Gräber womöglich eine Tiefe von mindestens 6 Fuß erhalten. Zusammenkünfte des Leichengefolges in den Sterbewohnungen sind nicht gestattet. Denjenigen Personen, welche die Leichen eingesargt haben oder anderweitig mit denselben in Berührung gekommen sind, ist eine sorgfältige Reinigung ihrer Person und Kleider zu empfehlen.

Zum Schluß ist noch mit einigen Worten der Vorschriften zu gedenken, nach welchen der Transport von Leichen an übertragbaren Krankheiten Verstorbener zu erfolgen hat.

Grundlegend in dieser Beziehung war in Preußen § 467 im 2. Teil Tit. 11 des Allgemeinen Landrechts:

„Ist der Tote an einer ansteckenden Krankheit verstorben, so daß durch Wegbringung der Leiche die Ansteckung verbreitet werden könnte, so muß die Leiche schlechterdings und ohne Unterschied der Fälle da, wo sie ist, beerdigt werden."

Hiernach war also die Beförderung der Leiche einer an einer ansteckenden Krankheit verstorbenen Person nach außerhalb schlechterdings verboten. Deswegen wurde durch den Erlaß der Minister der geistlichen usw. Angelegenheiten und des Innern vom 19. Dez. 1857 angeordnet, daß den nach § 463 des Allg. Landrechts erforderlichen Leichenpässen bei Leichentransporten ein Totenschein beizufügen wäre, in welchem der behandelnde Arzt ausdrücklich zu erklären hatte, „daß dem Transporte der Leiche sanitätspolizeiliche Bedenken nicht entgegenstehen." Es heißt dann weiter:

„3) Leichentransporte aus Orten, wo ansteckende Krankheiten

(Cholera, Typhus) epidemisch herrschen, sind während der Dauer der Epidemie unbedingt nicht zu gestatten. Nach dem amtlich festgestellten Erlöschen der Epidemie aber kann auch der Transport von Leichen der an den betreffenden ansteckenden Krankheiten Gestorbenen unter Beobachtung der erforderlichen, von dem Kreisphysikus besonders zu prüfenden und festzusetzenden Vorsichtsmaßregeln in Ermangelung besonderer Bedenken gestattet werden."

„4) Bei dem Transporte einer jeden Leiche ist darauf zu achten, daß dieselbe in einem gut verpichten Sarge, der außerdem noch in einen möglichst luftdichten Kasten eingesetzt ist, eingeschlossen sei. Dem Transporte selbst muß in der Regel ein zuverlässiger Begleiter mitgegeben werden, ..."

Durch Erlasse der vorgenannten preußischen Minister vom 24. Jan. 1866 und 9. Jan. 1873 wurde auf Wunsch der Bayerischen Regierung der Transport von Leichen an der Cholera verstorbener Personen nach Bayern aus Choleraorten auch nach dem Erlöschen der Epidemie verboten.

Der Transport von Leichen auf Eisenbahnen ist zuerst durch § 36 Abschnitt C des Betriebs-Reglements für die Staats-Eisenbahnen vom 18. Juli 1853, dann durch § 34 des Betriebs-Reglements für die Eisenbahnen vom 10. Juni 1870, dann durch § 34 des Betriebs-Reglements für die Eisenbahnen Deutschlands vom 11. Mai 1874, welches durch Beschluß des Bundesrats vom 1. Dez. 1887 abgeändert wurde, geregelt worden. Im Anschluß hieran ist durch Ministerialerlaß vom 6. April 1888 bestimmt, daß die Beförderung der Leichen von Personen, die an Cholera, Diphtherie, Flecktyphus, Gelbfieber, Pest, Pocken oder Scharlach verstorben sind, nur dann zuzulassen ist, „wenn mindestens ein Jahr nach dem Tode verstrichen ist".

§ 111 Abs. 3 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 lautet:

„Leichentransporte aus Orten, an denen ansteckende Krankheiten (Cholera, Typhus u. a.) epidemisch herrschen, sind während der Dauer der Epidemie nicht zu gestatten. Nach dem amtlich festgestellten Erlöschen der Epidemie kann der Transport von Leichen der an der betreffenden ansteckenden Krankheit Gestorbenen unter Beobachtung der erforderlichen Vorsichtsmaßregeln, falls besondere Bedenken nicht vorliegen, gestattet werden" (vgl. Min.-Erl. v. 19. Dez. 1857, Min.-Bl. f. d. i. V. 1858, S. 2).

In den Vorschriften des Bundesrats für die Beförderung von Leichen auf dem Seewege vom 18. Jan. 1906 ist in § 1 Ziff. 3b bestimmt, daß dem Gesuch um Erteilung eines Leichenpasses eine Bescheinigung über die Todesursache beizufügen, und daß, falls die Leiche aus einem Orte kommt, an dem Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken herrschen, zu bescheinigen ist, „daß der Beförderung der Leiche gesundheitliche Bedenken nicht entgegenstehen".

Nach § 3 Ziff. 2 dürfen Leichen von Personen, welche während der Reise an Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken verstorben sind, an Bord nicht weiter befördert werden.

XII. Verhütung der Einschleppung von Krankheiten aus dem Auslande.

§ 24 R.G. Zur Verhütung der Einschleppung der gemeingefährlichen Krankheiten aus dem Auslande kann der Einlaß der Seeschiffe von der Erfüllung gesundheitspolizeilicher Vorschriften abhängig gemacht sowie

1. der Einlaß anderer dem Personen- oder Frachtverkehre dienenden Fahrzeuge,
2. die Ein- und Durchfuhr von Waren und Gebrauchsgegenständen,
3. der Eintritt und die Beförderung von Personen, welche aus dem von der Krankheit befallenen Lande kommen,

verboten oder beschränkt werden.

Der Bundesrat ist ermächtigt, Vorschriften über die hiernach zu treffenden Maßregeln zu beschließen. Soweit sich diese Vorschriften auf die gesundheitspolizeiliche Überwachung der Seeschiffe beziehen, können sie auf den Schiffsverkehr zwischen deutschen Häfen erstreckt werden.

§ 25 R.G. Wenn eine gemeingefährliche Krankheit im Ausland oder im Küstengebiete des Reichs ausgebrochen ist, so bestimmt der Reichskanzler oder für das Gebiet des zunächst bedrohten Bundesstaats im Einvernehmen mit dem Reichskanzler die Landesregierung, wann und in welchem Umfange die gemäß § 24 Abs. 2 erlassenen Vorschriften in Vollzug zu setzen sind.

§ 26 R.G. Der Bundesrat ist ermächtigt, Vorschriften über die Ausstellung von Gesundheitspässen für die aus deutschen Häfen ausgehenden Seeschiffe zu beschließen.

§ 10 P.G. Die Verkehrsbeschränkungen aus den §§ 24 und 25 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, finden auf Körnerkrankheit, Rückfallfieber und Typhus mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, daß das Staatsministerium ermächtigt ist, Vorschriften über die zu treffenden Maßnahmen zu beschließen und zu bestimmen, wann und in welchem Umfange dieselben in Vollzug zu setzen sind.

In den §§ 12 bis 21 R.G. werden diejenigen Schutzmaßregeln aufgeführt, welche im Inlande getroffen werden können. Bei denjenigen Krankheiten aber, welche bei uns nicht endemisch sind, sondern regelmäßig oder in der Mehrzahl der Fälle aus dem Auslande eingeschleppt werden, ist es notwendig, Schutzmaßregeln treffen zu können, welche die Einschleppung der Krankheiten aus dem Auslande zu verhüten geeignet sind.

Die Berechtigung, derartige Schutzmaßregelu einzuführen, wird durch §§ 24 und 25 R.G. gegeben und durch § 10 P.G. auf die Körnerkrankheit, das Rückfallfieber und den Typhus ausgedehnt. Der Erlaß der bezüglichen Vorschriften wird bezüglich der gemeingefährlichen Krankheiten durch § 24 Abs. 2 dem Bundesrat und bezüglich der drei genannten übertragbaren Krankheiten durch § 10 P.G. dem Staatsministerium übertragen, welches jedoch nach § 25 R.G. im Einvernehmen mit dem Reichskanzler (Reichsamt des Innern) zu handeln hat.

Es ist jedoch hierzu ausdrücklich hervorzuheben, daß die Anordnung der in Betracht kommenden Schutzmaßregeln durch internationale Abkommen eine Beschränkung erfahren hat. Die in früheren Jahrhunderten üblichen Quarantäneeinrichtungen waren teilweise so rigorös, daß sie Handel und Wandel fast vollständig unterbanden. Seit man die Krankheitserreger und deren Bekämpfung genauer kennen gelernt hat, hat man eingesehen, daß die alten Quarantänevorschriften weit über das Bedürfnis hinausgehen. Es hat sich als wünschenswert herausgestellt, durch internationale Abmachungen diejenigen Staaten, welche in ängstlichem Festhalten an den alten Quarantänevorschriften die Neigung haben noch jetzt allzu strenge Schutzmaßregeln durchzuführen, zu einem milderen Verfahren zu bewegen. Zu diesem Behufe haben wiederholt internationale Sanitätskonferenzen stattgefunden, zuletzt 1893 in Dresden gegen die Cholera, 1897 in Venedig gegen die Pest und 1903 in Paris gegen Cholera, Gelbfieber und Pest. Durch die Ratifizierung der Pariser Konvention hat sich das Deutsche Reich verpflichtet, die nach § 24 R.G zulässigen Schutzmaßregeln nur in dem Umfange durchzuführen, als nach dieser Konvention zulässig ist.

In § 24 werden vier verschiedene Dinge aufgeführt: 1. der Einlaß der Seeschiffe, 2. der Einlaß anderer, dem Personen- oder dem Frachtverkehr dienenden Fahrzeuge, 3. die Ein- und Durchfuhr von Waren und Gebrauchsgegenständen, 4. der Eintritt und die Beförderung von Personen, welche aus dem von der Krankheit befallenen Lande kommen.

1. Der Einlaß der Seeschiffe wird besonderen Vorschriften über die gesundheitliche Behandlung der einen deutschen Hafen an-

laufenden Seeschiffe unterworfen. Diese Vorschriften können nach Abs. 2 auch auf den Schiffsverkehr zwischen deutschen Häfen erstreckt werden.

Diesen Vorschriften entsprechend, muß ein jedes Schiff, welches aus einem Hafen kommt, in welchem Cholera, Gelbfieber oder Pest herrscht, gleichgültig ob es einen derartigen Kranken an Bord hat bezw. gehabt hat oder nicht, sobald es sich einem deutschen Hafen nähert, die gelbe Quarantäneflagge hissen. Darauf begibt sich der Hafenarzt an Bord des Schiffes, befragt und untersucht die gesamten Reisenden und Mannschaften und die Schiffsräume und entscheidet, ob das Schiff als rein, als verdächtig oder als verseucht zu behandeln ist. Nach den Bestimmungen der Konvention sind die Kranken und die Krankheitsverdächtigen von Bord zu bringen und in ein Quarantänelazarett überzuführen, während die gesunden, aber ansteckungsverdächtigen Personen einer fünftägigen Beobachtung unterworfen werden. Die infizierten und verdächtigen Waren und Schiffsräume sind einer Desinfektion zu unterwerfen, und erst nach Durchführung dieser Maßregeln darf das Schiff zum freien Verkehr zugelassen werden.

An den deutschen Küsten, an der Ostsee und der Nordsee, sind die Einrichtungen zur Kontrolle des Schiffsverkehrs in den einzelnen Häfen, deren Zahl weit über 70 beträgt, ihrer Größe und ihrem Verkehr entsprechend, verschieden. Am vollkommensten sind sie in dem größten deutschen Hafen Hamburg und dem dazu gehörigen Cuxhaven, demnächst in Bremen und dem dazu gehörigen Bremerhaven, während sie in den übrigen Häfen, selbst in Orten wie Memel, Königsberg, Danzig, Stettin, Lübeck und Emden, einfacher sind, da der überseeische Verkehr dort nur verhältnismäßig gering ist.

Die Einrichtungen in Hamburg sind ähnliche wie in den großen Häfen von England. Es besteht in Hamburg ein Amt des Hafenarztes mit einem Hafenkrankenhaus. Der Hafenarzt hat vier ärztliche Assistenten, von denen je zwei in Hamburg und in Cuxhaven stationiert sind, und einen Stab von Gesundheitsaufsehern, welche sich auf eigenen, dem Hafenarzt unterstellten Dampfbarkassen und Motorbooten an Bord der Schiffe begeben und unter Aufsicht des Hafenarztes und seiner Assistenten die erforderlichen Untersuchungen und Desinfektionen vornehmen. Im Hamburger Hafen ist ein schwimmender Rattenvernichtungsapparat vorhanden, welcher mit Generatorgas arbeitet, nach den Angaben von Nocht und Giemsa von Pintsch in Berlin gebaut und auf einer Schute montiert ist. Im Hafen von Cuxhaven befindet sich südlich von Cuxhaven bei dem Orte Groden, am westlichen Ufer der Unterelbe, eine Schiffsdesinfektions- und Quarantäneanstalt mit Landungspier.

In Bremen sind die Einrichtungen nicht so vollkommen wie in Hamburg. Das Amt eines Hafenarztes besteht dort nicht. Für die Untersuchungen werden die beamteten Ärzte von Fall zu Fall heran-

gezogen. Auch fehlt ein Apparat zur Vernichtung von Ratten auf den Schiffen. Dagegen ist in Bremerhaven ein Hafenarzt, allerdings nur nebenamtlich, angestellt, auch hier ist eine Quarantäneanstalt vorhanden, welche von Preußen, Oldenburg und Bremen errichtet worden ist und gemeinschaftlich von diesen drei Staaten unterhalten wird.

In den preußischen Häfen ist nirgends ein Hafenarzt dauernd angestellt, dagegen befinden sich in sämtlichen, auch den kleinsten Häfen, eine Anzahl von nebenamtlich als Gesundheitsaufseher beschäftigten Lotsen, Zollbeamten usw., welche von dem zuständigen Kreisarzt ausgebildet sind und die regelmäßigen Besichtigungen der verdächtigen Schiffe vorzunehmen haben. Wenn sie auf einem Schiffe einen verdächtigen Krankheitsfall oder ein verdächtiges Rattensterben feststellen, haben sie unverzüglich den Kreisarzt oder einen anderen, mit den Funktionen des Hafenarztes betrauten Arzt zu benachrichtigen, welcher die weiteren Entscheidungen zu treffen hat. Ein Apparat zur Vernichtung von Ratten ist zur Zeit noch in keinem der preußischen Häfen vorhanden. Dagegen besitzt Preußen 5 Quarantäneanstalten, und zwar in den Häfen Memel am Ausfluß des Kurischen Haffs, Neufahrwasser (Danzig) am Ausfluß der Weichsel, Swinemünde (Stettin) am Ausfluß der Oder, Vosbrook (Kiel) an der Kieler Föhrde neben der Mündung des Kaiser Wilhelm-Kanals und Emden an der Mündung der Ems.

2. Unter den anderen, dem Personen- oder Frachtverkehr dienenden Fahrzeugen sind in erster Linie Binnenschiffe und Flöße zu verstehen, welche nach den Erfahrungen der letzten Jahre eine besondere Rolle bei der Verbreitung der Cholera spielen. Die gesundheitliche Überwachung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs auf denjenigen Strömen, welche deutschen und ausländischen Ländern gemeinsam sind, hat sich als ein überaus wirksames Mittel zur Bekämpfung der Cholera erwiesen. Man ist zuerst 1893/94 und dann 1905 mit Erfolg dazu übergegangen, die aus Rußland kommenden Ströme in Überwachungsgebiete zu teilen, in jedem derselben Überwachungsstationen einzurichten, welche mit Ärzten, Krankenwärtern, Desinfektoren und mit Einrichtungen zur Beobachtung und Behandlung von Kranken, sowie zur Desinfektion ausgestattet wurden, und bei denen sämtliche den Strom passierende Schiffe und Flöße angehalten und untersucht wurden. Mit Hilfe dieses Verfahrens sind zahlreiche Kranke nnd Krankheitsverdächtige festgestellt und unschädlich gemacht worden.

Man könnte ja den Versuch machen, den durch den Schiffahrts- und Flößereiverkehr drohenden Gefahren durch Sperrung der Grenze gegen die aus dem Auslande kommenden Schiffe und Flöße zu begegnen. Allein dies hätte einen doppelten Nachteil im Gefolge. Einerseits würde dadurch Handel und Wandel erheblich und vielleicht dauernd

geschädigt. Sodann aber bestände die Gefahr, daß es auf den jenseits der Grenze sich ansammelnden Schiffen und Flößen zum Ausbruch einer Epidemie käme, welche auch das Inland in Mitleidenschaft ziehen würde. Läßt man dagegen die Schiffe und Flöße ruhig über die Grenze, unterwirft sie aber einer ständigen strengen Überwachung, so kann man sicher sein, alle Kranken und Verdächtigen abzufangen und so die Epidemie zu verhüten oder wenigstens wirksam zu bekämpfen.

3. Was die Waren und Gebrauchsgegenstände betrifft, deren Ein- und Durchfuhr verboten und beschränkt werden kann, um die Einschleppung von Seuchen zu verhüten, so ist man auch in dieser Beziehung in neuerer Zeit milder geworden. Während nach früheren Anschauungen alle möglichen Gegenstände als giftfangend bezeichnet wurden, sieht man jetzt als solche nur diejenigen an, welche vermöge ihrer nahen Berührung mit kranken Personen Krankheitskeime in sich aufgenommen haben können. Dies sind im wesentlichen getragene Kleidungsstücke, schmutzige Wäsche, Lumpen u. dgl.

4. Was die Personen betrifft, welche aus dem von Krankheiten befallenen Lande kommen, so sind sie besonders bei denjenigen Krankheiten zu fürchten, bei denen erfahrungsgemäß gesunde Personen die Krankheit verbreiten können. Dies gilt namentlich bei der Cholera und dem Typhus, bei denen bekanntlich die Bazillenträger eine so verhängnisvolle Rolle spielen. Auf Grund dieser Bestimmung wird der Aus- und Durchwandererverkehr einer besonderen sanitären Überwachung unterworfen; sie gibt aber auch die Handhabe zu einer sanitären Überwachung der ausländischen Saisonarbeiter, welche bei uns in der Landwirtschaft und in gewissen anderen Betrieben, namentlich im Bergbau, eine Rolle spielen.

Die durch § 24 Abs. 1 Ziff. 3 gegebene Befugnis, den Eintritt und die Beförderung von Personen, welche aus dem von der Krankheit befallenen Lande kommen, zu verbieten oder zu beschränken, ist durch die internationale Sanitätskonvention von Paris, nach welcher die Errichtung von Landquarantänen verboten ist, wesentlich eingeschränkt worden. Es hat sich aber auch durch die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt, daß die Beschränkung des Personenverkehrs auf den Eisenbahnen weder durchführbar noch überhaupt zweckmäßig ist. Noch im Jahre 1892 ging man dazu über, auf den Bahnhöfen aller Bahnen, welche von Hamburg ausgingen, eine ärztliche Kontrolle sämtlicher von Hamburg kommenden Reisenden einzuführen. Es war ein ständiger Dienst eingerichtet, bei dessen Durchführung die Ärzte sich abwechselten. Sämtliche Reisende wurden ärztlich besichtigt und nach ihrem Befinden befragt. Allein es zeigte sich, daß diese Maßregel nicht geeignet war, wirklich Cholerakranke herauszufinden, andererseits aber mit so erheblichen Kosten und mit einer solchen Belästigung des reisenden Publikums verbunden war, daß man sehr bald

davon Abstand nahm. Anders ist es bezüglich solcher Personen, welche aus dem Auslande kommen, um bei uns eine dauernde oder vorübergehende Beschäftigung zu suchen, namentlich bei Saison-, Bergwerks- und ähnlichen Arbeitern. Aber auch sie von dem Eintritt in das Inland auszuschließen, ist aus verschiedenen Gründcn nicht angängig; ebenso ist ihre Untersuchung an der Grenze kaum durchführbar. Dagegen hat es sich als zweckmäßig erwiesen, vorzuschreiben, daß sie innerhalb von 3 Tagen nach Aufnahme ihrer Beschäftigung im Inlande an dem Orte der Beschäftigung ärztlich untersucht werden, wobei namentlich auf Körnerkrankheit und die Durchführung der Impfung geachtet werden soll.

Der Schwerpunkt der Maßregeln, welche auf die Verhütung der Einschleppung von Krankheiten aus dem Auslande zur Anwendung gelangen, ist nach unseren Erfahrungen auf den Seeverkehr zu legen. Mit Rücksicht hierauf wird der Gang der gemeingefährlichon Krankheiten im Auslande durch unsere Gesandtschaften und Konsulate regelmäßig verfolgt und dem Auswärtigen Amte mitgeteilt, welches seinerseits die obersten Medizinalbehörden der einzelnen Bundesstaaten darüber unterrichtet.

Mit Rücksicht auf die hervorragende politische Bedeutung, welche die Einführung sanitärer Maßregeln gegenüber dem Auslande hat, darf sie nach § 25 nicht ohne Zustimmung des Reichskanzlers geschehen, insoweit sie nicht von ihm selbst angeordnet wird.

§ 26 R.G. erteilt dem Bundesrat die Ermächtigung, Vorschriften über die Ausstellung von Gesundheitspässen für die aus deutschen Häfen ausgehenden Seeschiffe zu beschließen. Über die Frage der Zweckmäßigkeit solcher Gesundheitspässe, durch welche die Schiffe in ausländischen Häfen vor übermäßigen Belästigungen seitens der Quarantänebehörden bewahrt werden sollen, sind die Ansichten geteilt. Nach den Erfahrungen wird im Auslande mit der Ausstellung solcher Gesundheitspässe nicht immer mit der erforderlichen Sorgfalt verfahren. Die Erfahrung, daß zuweilen auch in Häfen, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit herrscht, den Schiffen ein reiner Gesundheitspaß erteilt wird, hat dahin geführt, auch gegenüber solchen Schiffen mit einer gewissen Vorsicht zu verfahren.

XIII. Beschränkung des Verkehrs mit Krankheitserregern.

§ 27 R.G. **Der Bundesrat ist ermächtigt, über die bei der Ausführung wissenschaftlicher Arbeiten mit Krankheitserregern zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln sowie über den Verkehr**

mit **Krankheitserregern und deren Aufbewahrung Vorschriften zu erlassen.**

1. Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Pest vom 3. Juli 1902.

§ 35. Für das Arbeiten und den Verkehr mit Pesterregern gelten die aus der Anlage 10 ersichtlichen Bestimmungen.

Die Aufbewahrung von lebenden Erregern der Pest sowie die Vornahme von wissenschaftlichen Versuchen mit diesen Erregern ist nur mit Erlaubnis der Landes-Zentralbehörde gestattet. Für das Kaiserliche Gesundheitsamt tritt an Stelle derselben das Reichsamt des Innern, für Militär- und Marineanstalten das zuständige Kriegsministerium bezw. das Reichs-Marineamt.

P. A. Die Aufbewahrung von lebenden Erregern der Pest und die Vornahme von wissenschaftlichen Versuchen mit denselben ist nur mit meiner Genehmigung zulässig. Ich bemerke, daß die Genehmigung dazu nur in Fällen eines dringenden Bedürfnisses an solche staatliche oder kommunale Institute erteilt werden wird, deren Einrichtungen den „Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Pesterregern" (Anlage 10 der Anweisung) entsprechen, und deren Leiter den erforderlichen Grad persönlicher Zuverlässigkeit und bakteriologischer Ausbildung nachweisen.

Anträge auf Erteilung der Erlaubnis sind nur nach sorgfältiger Prüfung und nur im Falle der Befürwortung an mich einzureichen.

Zurzeit darf mit Pesterregern gearbeitet werden in dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, den hygienischen Universitätsinstituten in Berlin, Bonn, Breslau, Göttingen, Greifswald, Halle a. S., Kiel und Königsberg, dem Universitätsinstitut für Hygiene und experimentelle Therapie in Marburg, dem Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., den hygienischen Instituten in Marburg und in Posen und in den Quarantäne-Anstalten in Bremerhaven, Emden, Memel, Neufahrwasser, Swinemünde und Voßbrook an der Kieler Föhrde.

2. Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Pesterregern.

Anlage 10 der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Pest vom 3. Juli 1902 (s. Anhang).

3. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 4. Mai 1904. (R.G.Bl. Nr. 160.)

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 28. April d. J. auf Grund des § 27 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (R.G.Bl. S. 306), die nachstehenden Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern, ausgenommen Pesterregern, beschlossen.

Berlin, den 4. Mai 1904.

Der Stellvertreter des Reichskanzlers
gez. Graf von Posadowsky.

Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern, ausgenommen Pesterregern (s. Anhang).

4. Bekanntmachung der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, des Innern, für Landwirtschaft, Domänen und Forsten und für Handel und Gewerbe vom 6. August 1904. (Min.-Bl. f. d. Med.- usw. Ang. S. 313.)

Zur Ausführung der von dem Bundesrate am 28. April d. J. auf Grund des § 27 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (R.G.Bl. S. 312) beschlossenen, durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 4. Mai d. J. im Reichs-Gesetzblatt S. 159 und dem Ministerial-

blatt für geistliche, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten S. 220 veröffentlichten Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern, ausgenommen Pesterreger, bestimmen wir folgendes:

1. Landeszentralbehörde im Sinne des § 1 der Vorschriften ist bei den Erregern der Cholera der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, bei den Erregern des Rotzes der genannte Minister in Gemeinschaft mit dem Minister für Landwirtschaft, Domänen und Forsten.

Anträge auf Erteilung der nach § 1 erforderlichen Erlaubnis sind an die Ortspolizeibehörde zu richten.

2. Die zuständige Polizeibehörde im Sinne der §§ 2 bis 4 der Vorschriften ist die Ortspolizeibehörde.

3. Zuständige Behörde im Sinne der §§ 1, 5 ist der Regierungspräsident, im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident in Berlin.

5. Erlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten an die Direktoren der hygienischen usw. Institute vom 12. Oktober 1904 (Min.-Bl. f. Med.- usw. Ang. S. 376).

Zur Ausführung der von dem Bundesrat am 28. April d. J. beschlossenen, im Reichsgesetzblatt S. 159 veröffentlichten „Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern, ausgenommen Pesterreger", ist von den beteiligten Herren Ressortministern die in Nr. 191 des Deutschen Reichsanzeigers vom 15. August d. J. und im Min.-Bl. f. Med.- usw. Ang. S. 313 ff. abgedruckte Bekanntmachung vom 6. August d. J. erlassen. Indem ich Euer Hochwohlgeboren auf die vorstehenden Bestimmungen besonders aufmerksam mache, unterlasse ich nicht, ausdrücklich auf die große Verantwortung hinzuweisen, die den Institutsleitern und den im Institutsbetriebe tätigen Personen durch das Arbeiten mit Krankheitserregern jeglicher Art zufällt. Ich gebe mich der Hoffnung hin, daß die gegebenen Anordnungen in allen Teilen gewissenhaft befolgt, und besonders die Bestimmungen in den §§ 5 bis 8 der Vorschriften vom 4. Mai d. J. R.G.Bl. S. 160 ff. genauestens beachtet werden. Abschriften bezw. Abdrücke dieser Vorschriften wollen Ew. Hochwohlgeboren in den zum Arbeiten mit Cholera- oder Rotzerregern bestimmten Räumen an augenfälliger Stelle anheften lassen.

Um einen Mikroorganismus, welcher bei einer bestimmten Krankheit regelmäßig gefunden wird, als Erreger dieser Krankheit anerkennen zu können, verlangt die Wissenschaft nach dem Vorgange von Robert Koch den Nachweis, daß er, von dem Körper des Kranken vollkommen getrennt und in Reinkultur gezüchtet, imstande ist, dieselbe Krankheit bei Versuchstieren oder Menschen aufs neue zu erzeugen.

Dieser Nachweis ist bei der Mehrzahl der Krankheitserreger durch zahlreiche Tierversuche erbracht worden. Aber auch Menschenversuche sind, wenn auch begreiflicherweise nicht absichtlich, mehrfach erfolgreich geschehen. Schon kurz nach der Entdeckung des Choleravibrio infizierten sich gelegentlich von Cholerakursen mehrere Ärzte mit Cholera, und bekanntlich erkrankten M. v. Pettenkofer und Emmerich 1892 nach dem absichtlichen Genuß einer Cholerabouillonkultur unter Choleraerscheinungen. Mehrfach erkrankten und starben Assistenten und Diener bakteriologischer Laboratorien nach den Arbeiten mit Rotzbazillen an Rotz. Und auch die Arbeiten mit Pestbakterien forderten bekanntlich mehrere schmerzliche Opfer, so 1899 den Dr. Müller in Wien und 1903 den Dr. Sachs in Berlin. Jüngst erfolgten einige Infektionen gelegentlich von Arbeiten mit der Zecke

der afrikanischen Recurrens und mit dem Trypanosoma der Schlafkrankheit.

Wenn schon innerhalb wohlgeleiteter Laboratorien und in den Händen mit den Eigenschaften der Krankheitserreger innig vertrauter Sachverständiger derartige Unglücksfälle vorkommen können, wie viel mehr ist zu befürchten, daß sich gelegentlich der Züchtung, Aufbewahrung und Abgabe von Krankheitserregern außerhalb der Laboratorien Ähnliches ereignen kann.

Bei der großen Gefährlichkeit der Krankheitserreger ist es noch als ein Glück zu betrachten, wenn eine Laboratoriumsinfektion oder eine Krankheitsübertragung durch den Verkehr mit Krankheitserregern nicht weitere Kreise in Mitleidenschaft zieht und zu einem epidemischen Ausbruch der Seuche führt.

Man kann es daher nur begrüßen, daß durch § 27 R.G. dem Bundesrat die Ermächtigung erteilt wird, das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern, und zwar nicht nur der gemeingefährlichen, sondern aller übertragbaren Krankheiten, soweit deren Erreger bekannt sind, für den ganzen Umfang des Reiches gültigen Vorschriften zu unterwerfen.

Man hat wiederholt den Gedanken erwogen, ob man nicht mit Rücksicht auf die damit verbundene große Gefahr das Arbeiten und den Verkehr mit einigen Krankheitserregern, namentlich mit denjenigen der Cholera, des Rotzes und der Pest, überhaupt verbieten sollte, hat diesen Gedanken jedoch bald wieder fallen lassen, weil nur durch die gründliche Beschäftigung möglichst vieler Sachverständiger mit den Krankheitserregern die Bekämpfung der betreffenden Krankheiten auf einen sicheren Boden gestellt werden kann. Der Verkehr mit Krankheitserregen außerhalb der Laboratorien aber kann und muß, soweit es sich um die Erreger gemeingefährlicher Krankheiten handelt, den strengsten Vorschriften unterworfen werden.

1. Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken.

Bei keiner Krankheit, auch nicht bei Cholera, Pest und Rotz, bedürfen Untersuchungen, welche die behandelnden Ärzte oder Tierärzte zu ausschließlich diagnostischen Zwecken in ihrer Praxis bis zur Feststellung des Charakters der Krankheit nach den üblichen diagnostisch-bakteriologischen Untersuchungsmethoden vornehmen, der Erlaubnis.

2. Wissenschaftliche Arbeiten mit Krankheitserregern.

Die Aufbewahrung von lebenden Erregern der Cholera, der Pest und des Rotzes und die Vornahme wissenschaftlicher Versuche ist nur

mit Genehmigung der Landeszentralbehörde zulässig; bezüglich der übrigen Krankheitserreger ist die Erlaubnis seitens der Polizeibehörde des Ortes zu erteilen, in welchem der Aufbewahrungs- oder Arbeitsraum liegt.

Die Erlaubnis darf nur für bestimmte Räume und nur an Personen, welche die erforderliche wissenschaftliche Ausbildung nachweisen können, erteilt werden.

Die Anforderungen, welche an die Beschaffenheit der Räume und an die Vorbildung der Personen gestellt werden sollen, sind am größten bezüglich der Erreger der Pest, etwas geringer bezüglich der Erreger von Cholera und Rotz, am geringsten bezüglich der übrigen Krankheitserreger.

a) Pest. Die Räume: Das Laboratorium soll durch eine massive Wand von anderen Räumen getrennt liegen, einen eigenen Eingang besitzen und grundsätzlich aus mindestens zwei Räumen, einem für mikroskopische und bakteriologische Arbeiten und einem für Tierversuche, nur ausnahmsweise aus einem Raume bestehen. Die Räume sollen glatte, leicht zu reinigende und zu desinfizierende, rattendichte Fußböden und Wände haben, gut lüftbar, hell und mit dicht schließenden Türen und Fenstern versehen sein. Die Räume sollen ein nur für sie bestimmtes Instrumentarium und die erforderlichen Desinfektionseinrichtungen haben. — Das Personal: Der Leiter muß bei nicht staatlichen Anstalten den Nachweis der persönlichen Zuverlässigkeit und der erforderlichen bakteriologischen Ausbildung führen; er ist für den Betrieb persönlich verantwortlich. Zur Vertretung des Leiters und zu Arbeiten dürfen nur Personen herangezogen werden, die nach Vorbildung und persönlicher Zuverlässigkeit die Verantwortung übernehmen können; ständige Vertreter sind als solche anzumelden. Diener sind nur ausnahmsweise und stets in Gegenwart und unter Leitung des Leiters oder seines Vertreters zu beschäftigen. — Auch für das Arbeiten selbst bestehen peinliche Vorschriften hinsichtlich der Kleidung, Reinigung und Desinfektion sowie bezüglich der Behandlung der Versuchstiere.

b) Cholera und Rotz. Die Räume: Die an diese zu stellenden Anforderungen sind dem Ermessen der Landeszentralbehörde überlassen; sie können bei Rotz nicht, bei Cholera dagegen etwas geringer sein als bei Pest. — Das Personal: Nur der Leiter, und auch nur bei nicht staatlichen Anstalten, muß den Nachweis der persönlichen Zuverlässigkeit und der erforderlichen bakteriologischen Ausbildung führen. Die Personen, welche beschäftigt werden sollen, sind polizeilich anzumelden.

c) Andere Krankeiten. Die Anforderungen an die Räume und an die wissenschaftliche Vorbildung des Leiters unterliegen

dem Ermessen der Ortspolizeibehörde; jedoch braucht der Leiter, falls er Arzt oder Tierarzt ist, den Nachweis dieser Vorbildung nicht zu führen, vielmehr hat er nur anzuzeigen, daß und in welchen Räumen er bezügliche Untersuchungen vornehmen will. Auch dieses ist nicht erforderlich bei öffentlichen Kranken- und staatlichen Untersuchungsanstalten. Alle vom Leiter zu beschäftigenden Personen sind vorher polizeilich anzumelden.

3. Abgabe von lebenden Krankheitserregern.

a) Pest. Lebende Kulturen dürfen nur an Personen abgegeben werden, welche die Erlaubnis zur Aufbewahrung und zum Arbeiten mit Pesterregern besitzen; der Handel mit Pestkulturen ist verboten.

b) Cholera und Rotz. Lebende Kulturen dürfen nur an solche Personen und Stellen (Laboratorien) abgegeben werden, welche die Erlaubnis zur Annahme erhalten haben; der Handel mit Cholera- oder Rotzbakterien ist verboten.

c) Andere Krankheiten. Lebende Kulturen dürfen an Ärzte und Tierärzte abgegeben werden; die Genehmigung zum Handel mit Kulturen darf nur an zuverlässige Personen und unter bestimmten Bedingungen hinsichtlich der Räume und der Führung des Betriebes (Verzeichnis) erteilt werden. Die von dem Händler zu beschäftigenden Personen sind polizeilich anzumelden.

4. Aufbewahrung lebender Krankheitserreger in Kulturen und sonstigem Material.

a) Pest. Die Kulturen sollen in einem besonderen, mit sicherem Schloß versehenen Behälter unter sicherem Verschluß aufbewahrt werden und dürfen den Dienern nicht zugänglich sein. Versuchstiere dürfen das Laboratorium nicht lebend verlassen.

b) Cholera und Rotz. Die Kulturen sollen so aufbewahrt werden, daß sie Unberufenen unzugänglich sind, und daß eine Verschleppung, auch durch Versuchstiere, verhütet wird; dasselbe gilt von sonstigem Material, in dem lebende Krankheitserreger vorhanden sind.

c) Andere Krankheiten. Wie zu b.

5. Versendung lebender Krankheitserreger.

a) Pest. Zu versenden sind frisch angelegte, noch nicht im Brutschrank gehaltene Kulturen auf festen Nährböden in zugeschmolzenen Glasröhren, die, umgeben von Filtrierpapier und Watte oder Holzwolle, in einem, durch übergreifenden Deckel gut verschlossenen Blechgefäß stehen; letzteres ist in einer Kiste mit Watte oder Holzwolle zu ver-

packen; ebenso ist Pestmaterial zu verpacken. — Die Sendung ist zu umschnüren, zu versiegeln, mit deutlicher Adresse und dem Vermerk „Vorsicht“ zu versehen, bei Versendung durch die Post als „dringendes Paket“ aufzugeben und dem Empfänger telegraphisch anzukündigen. Bei Versendung lebender Kulturen hat der Empfänger dem Absender den Empfang der Sendung sofort anzuzeigen.

b) Cholera und Rotz. Kulturen ebenso wie bei Pest. Sonstiges Material in Pulvergläsern mit eingeschliffenem Glasstöpsel, die jedoch mit gut passenden Korken zu verschließen und mit Pergament zu überbinden sind; Verpackung mit Holzwolle u. dgl. in festen Kisten, Signatur usw. wie bei Pest.

c) Andere Krankheiten. Kulturen in wasserdicht verschlossenen Glasröhren, in Blechhülle oder in Watte u. dgl. verpackt; sonstiges Material ist so zu verpacken, daß eine Verschleppung ausgeschlossen wird. Sendungen fest zu verschließen, deutlich zu signieren und mit dem Vermerk „Vorsicht“ zu versehen.

XIV. Behandlungszwang.

Während im allgemeinen die Schutzmaßregeln gegen die übertragbaren Krankheiten des Preußischen Gesetzes dieselben sind wie diejenigen der gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsgesetzes, wird nur gegenüber einigen Krankheiten noch eine besondere Schutzmaßregel als zulässig erachtet, nämlich der Behandlungszwang. Die Krankheiten, bei denen eine derartige Vorschrift zulässig sein soll, sind einerseits die Körnerkrankheit, andererseits die übertragbaren Geschlechtskrankheiten.

1. Behandlungszwang bei der Körnerkrankheit.

§ 9 Abs. 1 P.G. Personen, welche an Körnerkrankheit leiden, können, wenn sie nicht glaubhaft nachweisen, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, zu einer solchen zwangsweise angehalten werden.

A. A. zu § 9 Abs. 1 P.G. 1. Die zwangsweise Anhaltung zur ärztlichen Behandlung von Personen, welche an Körnerkrankheit leiden, soll nur in Orten und in Bezirken geschehen, in welchen eine planmäßige Bekämpfung der Körnerkrankheit stattfindet.

Die zwangsweise Behandlung kann in öffentlichen ärztlichen Sprechstunden oder in einem geeigneten Krankenhause stattfinden, die Unterbringung in einem Krankenhause jedoch nur dann, wenn zur Heilung des Falles die Vornahme einer Operation erforderlich ist. Die Vornahme einer solchen ist nur mit Zustimmung des Kranken zulässig.

Findet die Behandlung in einer öffentlichen Sprechstunde statt, so können die Kranken angehalten werden, sich an bestimmten Orten zu bestimmten Tagen und Stunden zur Untersuchung und Behandlung einzufinden.

§ 7 Abs. 1 Br.G. (wörtlich gleichlautend wie § 9 Abs. 1 Pr.G.).

Durch § 9 Abs. 1 wird den Behörden das Recht verliehen, Personen, welche an Körnerkrankheit leiden und nicht glaubhaft nachweisen können, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, zu einer solchen zwangsweise anzuhalten. Der Grund hierfür liegt in dem Umstande, daß die Beschwerden und Schmerzen, welche die Körnerkrankheit erzeugt, verhältnismäßig gering sind, und daß infolgedessen die Kranken im allgemeinen wenig Neigung verspüren, sich in die mit Opfern an Zeit und Geld verbundene Behandlung eines Arztes zu begeben. Nach der übereinstimmenden Auffassung der Behörden und Ärzte in den von der Körnerkrankheit hauptsächlich heimgesuchten Bezirken ist jedoch die Ausrottung dieser Seuche nicht möglich, wenn nicht die Erkrankten, soweit sie hierzu nicht sich selbst entschließen, von Amts wegen angehalten werden, sich behandeln zu lassen. Es genügt aber nicht, überhaupt eine Behandlung eintreten zu lassen, sondern es wird ausdrücklich eine ärztliche Behandlung verlangt, weil der eigenartige Charakter der Körnerkrankheit es mit sich bringt, daß nur durch eine wohldurchdachte Behandlungsweise, wie sie ein Kurpfuscher nicht auszuüben vermag, eine Heilung zu erreichen ist.

In den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 9 wird näher erläutert, in welcher Weise der Behandlungszwang durchgeführt werden soll.

In Abs. 1 wird zunächst bestimmt, daß die zwangsweise Anhaltung zur ärztlichen Behandlung nur in Orten und in Bezirken geschehen soll, in welchen eine planmäßige Bekämpfung der Körnerkrankheit stattfindet. Bekanntlich ist die Körnerkrankheit hauptsächlich im Osten der Monarchie in den Provinzen Ost- und Westpreußen, Posen und Teilen der östlichen Bezirke von Pommern, Brandenburg und Niederschlesien verbreitet; außerdem kommt sie im Ruhrkohlenrevier, auf dem Eichsfelde und in einigen Teilen der Rheinprovinz in größerer Verbreitung vor. Eine planmäßige Bekämpfung der Körnerkrankheit, unter Aufwendung erheblicher Staats- und Kommunalmittel, findet seit dem Jahre 1897 in der Provinz Ostpreußen statt und hat bereits zu einer merklichen Einschränkung der Krankheit, sowohl nach der Zahl als nach der Schwere der Erkrankungen, geführt. Es wird in nächster Zeit dazu übergegangen werden müssen, auch in den anderen Provinzen, namentlich in der Provinz Posen, in ähnlicher Weise vorzugehen. Außerhalb des Bereichs dieser Bekämpfung Personen, welche an der Körnerkrankheit leiden, zwangsweise der ärztlichen Behandlung zuzuführen, schien über das Bedürfnis hinauszugehen, weil sich merkwürdigerweise gezeigt hat, daß, wenigstens nach den bisherigen

Erfahrungen, die Körnerkrankheit außerhalb ihres sozusagen endemischen Gebietes verhältnismäßig leicht verläuft, während sie im Osten der Monarchie überaus häufig zu schweren Störungen des Sehvermögens, ja zuweilen zu völliger Erblindung führt.

In Abs. 2 wird gesagt, in welcher Weise die zwangsweise Behandlung durchgeführt werden soll. Sie kann entweder in öffentlichen ärztlichen Sprechstunden oder in einem geeigneten Krankenhause stattfinden. Im Bereich der planmäßigen Bekämpfung werden die einzelnen Kreise in Bezirke eingeteilt, deren jeder einem, meist in besonderen Kursen vorgebildeten Arzte gegen ein Pauschquantum überwiesen wird. Die Sprechstunde findet entweder in der Behausung des Arztes oder in einem von dem Kreise oder der Gemeinde zur Verfügung gestellten Raume statt. Die Kosten der hierbei erforderlichen Arzeneien und Desinfektionsmittel werden auf Staatsfonds übernommen. Die Unterbringung der Kranken in einem Krankenhause soll nur dann erfolgen, wenn zur Heilung des Falles die Vornahme einer Operation erforderlich ist. Die Vornahme einer solchen ist aber nur mit Zustimmung des Kranken zulässig. Wie in der Begründung ausgeführt, wird nämlich das Recht, wider den Willen des Kranken an dessen Körper Operationen vorzunehmen, nach einer Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen, Bd. 25, S. 375, durch den Behandlungszwang nicht begründet. In dieser Beziehung besteht unter den Sachverständigen noch keine Übereinstimmung. Während manche Augenärzte, z. B. Kuhnt, Heisrath u. A. der Ansicht sind, schwere Fälle von Körnerkrankheit seien ohne Vornahme einer Operation überhaupt nicht heilbar, stehen andere, wie Greeff, Hirschberg, v. Michel u. A., denen auch ich mich anschließe, auf einem milderen Standpunkt und wollen die Vornahme einer Operation nur in sehr vorgeschrittenen Fällen zulassen. Die Erfahrung, daß gar nicht so selten nach der Herausnahme der Übergangsfalten über kurz oder lang schwere Rückfälle erfolgen, spricht jedenfalls dafür, mit der Operation vorsichtig zu sein.

In Abs. 3 wird bestimmt, daß für den Fall, daß die Behandlung in einer öffentlichen Sprechstunde stattfindet, die Kranken angehalten werden können, sich an bestimmten Orten, zu bestimmten Tagen und Stunden zur Untersuchung und Behandlung einzufinden. Diese Vorschrift ist unerläßlich, wenn die Behandlung überhaupt durchgeführt werden soll. Allerdings wird es sich empfehlen, bei der Ansetzung dieser Sprechstunden auf die Erwerbs- und sonstigen Verhältnisse der Bevölkerung Rücksicht zu nehmen. In ländlichen Bezirken wird während der Bestell- und Erntezeit von solchen Sprechstunden überhaupt Abstand zu nehmen sein. Auch wird es sich empfehlen, in den Jahreszeiten, wo die Sprechstunden stattfinden, sie auf solche Tage zu verlegen, wo die ländliche Bevölkerung durch Märkte, Messen

und ähnliche Veranlassungen ohnehin nach dem Wohnsitz des Arztes geführt wird. Für diejenigen Personen, welche sich dem Behandlungszwang entziehen, ist durch das Landesseuchengesetz eine besondere Strafe nicht vorgesehen. Es wird daher gegebenenfalls die gewöhnliche Polizeistrafe zu verhängen sein.

2. Behandlungszwang bei den übertragbaren Geschlechtskrankheiten.

§ 9 Abs. 2 P.G. Bei Syphilis, Tripper und Schanker kann eine zwangsweise Behandlung der erkrankten Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, angeordnet werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

A. A. zu § 9 Abs. 2 P.G. 2. Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, sind anzuhalten, sich an bestimmten Orten und zu bestimmten Tagen und Stunden zur Untersuchung einzufinden. Wird bei dieser Untersuchung festgestellt, daß sie an Syphilis, Tripper oder Schanker leiden, so sind sie anzuhalten, sich ärztlich behandeln zu lassen.

Es empfiehlt sich, durch Einrichtung öffentlicher ärztlicher Sprechstunden diese Behandlung möglichst zu erleichtern. Können die betreffenden Personen nicht nachweisen, daß sie diese Sprechstunden in dem erforderlichen Umfange besuchen, oder besteht begründeter Verdacht, daß sie trotz ihrer Erkrankung weiter der gewerbsmäßigen Unzucht nachgehen, so sind sie unverzüglich in ein geeignetes Krankenhaus überzuführen und aus demselben nicht zu entlassen, bevor sie geheilt sind.

§ 7 Abs. 2 Br.G. Bei einer ansteckenden Geschlechtskrankheit (Syphilis, Tripper, Schanker), welche auf amtlichem Wege zur Kenntnis der Behörde kommt, kann eine zwangsweise Behandlung angeordnet werden, wenn solche zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint, und zwar gegebenenfalls in einem öffentlichen Krankenhause.

Besonders wichtig erscheint die Einführung des Behandlungszwanges bei den übertragbaren Geschlechtskrankheiten. Es sei hier bemerkt, daß man bezüglich der Bekämpfung dieser Krankheiten ursprünglich erheblich viel weiter gehen wollte, als dies nach dem jetzigen Wortlaut des Gesetzes zulässig ist. Man wollte, wie bereits in dem Kapitel „Anzeigepflicht" ausgeführt ist, nicht nur eine Anzeigepflicht für sämtliche Personen, welche an diesen Krankheiten leiden, einführen, sondern auch erheblich weitergehende Schutzmaßregeln.

Man ist sicherlich mit Recht davon zurückgekommen, weil man einsah: ein jeder Zwang gegenüber diesen Kranken würde die schon so wie so bestehende Neigung, derartige Krankheiten zu verheimlichen, noch verstärken und die Kranken veranlassen, sich entweder gar nicht oder aber von Kurpfuschern behandeln zu lassen, was natürlich in hohem Grade unerwünscht wäre.

Ohne eine sanitätspolizeiliche Aufsicht gegenüber solchen Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, ist es aber unmöglich, die in manchen Orten sehr erhebliche Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten zu verhüten. Die Bestrebungen der sogenannten Abolitionisten, welche darauf hinzielen, jede Überwachung der gewerblichen Unzucht aufzuheben, sind in hohem Grade gefährlich. Sie haben, wie das Beispiel von England zeigt, zu einer kolossalen Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten und zu einer schweren Schädigung der Bevölkerung geführt. Es wäre ein großer Fehler, wenn man hierauf verzichten wollte. Andererseits erscheint es geboten, schon aus humanitären Gründen, aber auch im Interesse der Allgemeinheit, die Überwachung der gewerblichen Unzucht so zu gestalten, daß sie einen möglichst schonenden Charakter bekommt und die Menschenwürde der Beteiligten möglichst wenig beeinträchtigt.

Hervorragende Sachverständige auf diesem Gebiete sind der zutreffenden Anschauung, daß die wirksamste Bekämpfung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten darin besteht, den erkrankten Personen eine möglichst gute ärztliche Behandlung in tunlichst bequemer Weise zugänglich zu machen. Manche gehen so weit, zu verlangen, daß diese Behandlung grundsätzlich unentgeltlich erfolgen soll. Inwieweit die Kommunen und Kreise diesen Forderungen entsprechen wollen, wird ihnen überlassen bleiben können; es wird aber wenigstens das Prinzip, mit dem Behandlungszwange auch die Behandlungsmöglichkeit zu gewähren, durchzuführen sein.

Diesen Anschauungen tragen die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 9 in Ziff. 2 Rechnung. In Abs. 1 wird bestimmt, daß Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, anzuhalten sind, sich an bestimmten Orten und zu bestimmten Tagen und Stunden zur Untersuchung einzufinden. Daß diese Untersuchung durch einen Arzt zu geschehen hat, ist im Gesetz nicht ausdrücklich gesagt, weil es sich von selbst versteht. Bei weiblichen Personen für diesen Zweck Ärztinnen anzustellen, hat sich als empfehlenswert herausgestellt. Wird bei einer Untersuchung festgestellt, daß die betreffenden Personen an einer übertragbaren Geschlechtskrankheit leiden, so sind sie anzuhalten, sich ärztlich behandeln zu lassen.

In Abs. 2 wird näher ausgeführt, wie in dieser Beziehung verfahren werden soll. Es wird empfohlen, durch Einrichtung öffentlicher ärztlicher Sprechstunden diese Behandlung möglichst zu erleichtern. Dies kann z. B. in der Weise geschehen, daß die Polizeibehörden mit bestimmten Polikliniken oder Spezialärzten ein Abkommen dahin treffen, daß diese gegen ein bestimmtes Entgelt die freie Behandlung der betreffenden Personen übernehmen. Die betreffenden Ärzte werden diesen Personen Ausweise in die Hand zu geben haben, auf denen vermerkt ist, daß sie sich in ihrer Behandlung befinden, und in welchen Zwischen-

räumen sie sich zur Untersuchung und Behandlung bei ihnen einzufinden haben. Personen, welche sich im Besitze eines solchen Ausweises befinden, werden von der Polizei nicht weiter zu behelligen sein. Nur wenn sie einen solchen Nachweis nicht besitzen, oder wenn sie sich der Behandlung entziehen, oder wenn sie trotz ihrer Erkrankung weiter der gewerbsmäßigen Unzucht nachgehen, wird die Polizei gegen sie vorzugehen haben. Letzteres ist ganz besonders wichtig, weil nur dadurch die Ausbreitung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten verhindert werden kann. Personen, welche gewissenlos genug sind, trotz ihrer Erkrankung weiter der gewerbsmäßigen Unzucht nachzugehen, verdienen keine Nachsicht und sind daher unverzüglich in ein geeignetes Krankenhaus überzuführen und aus demselben nicht zu entlassen, bevor sie geheilt sind.

Bekanntlich wird über die Reglementierung der Prostitution in weiten Kreisen geklagt. Es wird einerseits ausgeführt, daß die Freiheit und die Menschenwürde der betreffenden Personen dadurch auf das äußerste beeinträchtigt wird, und es wird andererseits hervorgehoben, daß die Reglementierung, trotz ihrer Härten, die Ausbreitung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten keineswegs verhindert. Beides ist zuzugeben, wenigstens bis zu einem gewissen Grade. Man wird abzuwarten haben, inwieweit sich die Bestimmungen des Landesseuchengesetzes, welche in dieser Beziehung einen erheblichen Wandel herbeigeführt haben, bewähren werden.

Die Bestimmungen des braunschweigischen Gesetzes weichen von denjenigen des preußischen Gesetzes insofern ab, als der Vorbehalt, daß die zwangsweise Anhaltung zur ärztlichen Behandlung nur bei Personen zulässig ist, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, fehlt, und ausdrücklich ausgesprochen ist, daß die zwangsweise Behandlung auch in einem öffentlichen Krankenhause stattfinden kann. Letzteres ist zwar nicht in dem preußischen Gesetz selbst, aber in den Ausführungsbestimmungen zu demselben zum Ausdruck gebracht worden.

Abschnitt IV.

Entschädigungen.

Die Durchführung der Seuchengesetze ist nicht möglich ohne Beeinträchtigungen des Einzelnen. Diesen Beeinträchtigungen sich zu unterwerfen, in eine staatsbürgerliche Pflicht, welche dem Einzelnen im Interesse der Gesamtheit auferlegt werden muß. Andererseits aber erkennt die Seuchengesetzgebung an, daß die Durchführung der Schutzmaßregeln auch nicht mit einer unbilligen materiellen Schädigung des Einzelnen verbunden sein darf, und es werden daher durch die Seuchengesetze den Betroffenen unter Umständen gewisse Entschädigungen gewährt. Die Bedingungen, unter welchen dies stattfinden soll, und der Umfang der Entschädigung ist beim Reichs- und beim preußischen Landesgesetz verschieden. Eine Entschädigungspflicht besteht nach beiden Gesetzen nur nach zweierlei Richtungen hin, einmal gegenüber von Personen, welche abgesondert werden, und zweitens für Gegenstände, welche bei der Desinfektion beschädigt oder vernichtet sind.

I. Entschädigungen für entgangenen Arbeitsverdienst.

1. Umfang der Entschädigungspflicht.

§ 28 R.G. Personen, welche der Invalidenversicherung unterliegen, haben für die Zeit, während der sie auf Grund des § 12 in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte beschränkt oder auf Grund des § 14 abgesondert sind, Anspruch auf eine Entschädigung wegen des ihnen dadurch entgangenen Arbeits-

verdienstes, bei deren Berechnung als Tagesarbeitsverdienst der dreihundertste Teil des für die Invalidenversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde zu legen ist.

Dieser Anspruch fällt weg, insoweit auf Grund einer auf gesetzlicher Verpflichtung beruhenden Versicherung wegen einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit Unterstützung gewährt wird oder wenn eine Verpflegung auf öffentliche Kosten stattfindet.

§ 11 Br.G. Es finden entsprechende Anwendung:

1. die Bestimmungen des § 28 und des § 34 Satz 1 des Reichsgesetzes auf Personen, welche auf Grund der §§ 6 und 8 dieses Gesetzes als krank und krankheits- oder ansteckungsverdächtig in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte beschränkt oder als krank usw. abgesondert sind.

Die Entschädigungspflicht für entgangenen Arbeitsverdienst infolge der Absonderung ist in das Reichsgesetz erst bei der Beratung desselben im Reichstage hineingebracht worden. Sie bezieht sich nur auf solche Personen, welche der Invalidenversicherung unterliegen, und tritt ein für die Zeit, während deren die Personen auf Grund des § 12 in der Wahl des Aufenthaltes oder der Arbeitsstätte beschränkt oder auf Grund des § 14 abgesondert sind. Bei der Berechnung der Entschädigung soll als Tagesarbeitsverdienst der 300. Teil des für die Invalidenversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde gelegt werden.

Eine Entschädigungspflicht auf Grund des § 12 R.G. wird in der Praxis selten vorkommen, da sich unter den Personen, welche der Invalidenversicherung unterliegen, nur ausnahmsweise solche befinden werden, die behufs ihrer Beobachtung in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte beschränkt werden müssen, weil sie obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

Auch die Entschädigungspflicht auf Grund des § 14 ist geringer, als es auf den ersten Blick erscheint.

Ursprünglich war beantragt worden, daß sich die Entschädigungspflicht nur auf krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen zu beziehen habe, so daß sie also bei kranken Personen nicht in Frage kommt. Wenn auch dies durch die endgültige Fassung des § 28 nicht klar zum Ausdruck gebracht wird, so geht es doch aus Abs. 2 deutlich hervor, wonach der Entschädigungsanspruch fortfällt, insoweit auf Grund einer auf gesetzlicher Verpflichtung beruhenden Versicherung wegen einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit Unterstützung gewährt wird, oder wenn eine Verpflegung auf öffentliche

Kosten stattfindet. Hiernach kann es keinem Zweifel unterliegen, daß invalidenversicherungspflichtige Personen keinerlei Anspruch auf Entschädigung haben, wenn sie wegen Krankheit abgesondert werden, sondern daß der Entschädigungsanspruch nur vorliegt, wenn die Absonderung resp. die Beschränkung in der Wahl des Aufenthaltes oder der Arbeitsstätte wegen Krankheits- oder Ansteckungsverdacht erfolgt.

Es muß ausdrücklich hervorgeboben werden, daß eine derartige Entschädigungspflicht bei den Krankheiten des preußischen Gesetzes nicht vorliegt, sondern lediglich bei den sechs gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsgesetzes besteht. Das heißt also: eine invalidenversicherungspflichtige Person, welche wegen Choleraverdachtes abgesondert wird, ist entschädigungsberechtigt, findet dagegen die Absonderung wegen Typhusverdacht statt, so besteht ein Anspruch auf Entschädigung nicht.

Schon dieser für jeden Sachverständigen unverständliche Unterschied spricht gegen die ganze Maßregel. Auch darf nicht außer acht gelassen werden, daß große Schichten der Bevölkerung, bei denen eine Invalidenversicherung nicht besteht, durch die Anordnung einer Beobachtung oder Überwachung, mit denen ein Verlust von Arbeitsverdienst verbunden ist, unter Umständen viel schwerer betroffen werden, als diejenigen Personen, welche der Invalidenversicherung unterliegen.

Ein Beispiel aus der Praxis mag dies erläutern. Bei den beiden Pestfällen, welche sich im Jahre 1903 in Berlin ereigneten, wurden der Fuhrherr und dessen Kutscher, welche die Pestkranken in die Charité übergeführt hatten, als ansteckungsverdächtig abgesondert. Der Kutscher erhielt die Entschädigung, weil er invalidenversicherungspflichtig war, der Fuhrherr selbst erhielt keine Entschädigung, obwohl er einen viel größeren Ausfall an Arbeitsverdienst gehabt hatte. Unter Umständen können ähnliche Fälle zu großen Härten führen.

Das braunschweigische Gesetz steht bezüglich der in ihm behandelten Krankheiten ganz auf dem Boden des Reichsgesetzes. In Braunschweig steht also invalidenversicherungspflichtigen Personen stets eine Entschädigung zu, wenn sie als krankheits- oder ansteckungsverdächtig abgesondert werden, gleichgültig auf welche übertragbare Krankheit der Verdacht sich bezieht.

2. Ermittelung und Auszahlung der Entschädigungen.

§ 34 R.G. Die Kosten der Entschädigungen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Im übrigen bleibt der landesrechtlichen Regelung vorbehalten, Bestimmungen darüber zu treffen:

1. von wem die Entschädigung zu gewähren und wie dieselbe aufzubringen ist,

2. binnen welcher Frist der Entschädigungsanspruch geltend zu machen ist,
3. wie die Entschädigung zu ermitteln und festzustellen ist.

§ 15 P.G. Die Festsetzung der Entschädigungen in den Fällen der §§ 28 bis 33 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, ... erfolgt durch die Ortspolizeibehörde.

Gegen die Entscheidung findet unter Ausschluß des Rechtsweges innerhalb einer Frist von einem Monat nur die Beschwerde an die Aufsichtsbehörde, in Berlin an den Oberpräsidenten, statt. Die Entscheidung dieser Beschwerdeinstanz ist endgültig.

§ 16 P.G. Die Ermittelung und Festsetzung der Entschädigungen aus § 28 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, geschieht von Amts wegen.

Die Entschädigungen sind nach Ablauf jeder Woche zu zahlen.

A. A. zu §§ 14—20 P.G. 1. Wird eine der Invalidenversicherung unterliegende Person einer mit Beschränkung der Wahl des Aufenthaltsortes oder der Arbeitsstätte verbundenen Beobachtung oder einer Absonderung unterworfen, weil sie an Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest oder Pocken erkrankt oder der Erkrankung oder Ansteckung an einer dieser Krankheiten verdächtig ist, so hat die Polizeibehörde, sofern die Person nicht während der Dauer jener Maßregel aus öffentlichen Mitteln verpflegt wird, die ihr gebührende Entschädigung wegen des entgangenen Arbeitsverdienstes alsbald festzusetzen. Ein Antrag ist nicht abzuwarten.

Die Entschädigung beträgt für jeden Arbeitstag den dreihundertsten Teil des für die Invalidenversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes (§ 34 des Invalidenversicherungsgesetzes), abzüglich des der abgesonderten oder beobachteten Person etwa seitens einer Krankenkasse im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes gewährten gesetzlichen Krankengeldes oder abzüglich des von ihr trotz der polizeilichen Beschränkungen etwa erzielten Arbeitsverdienstes.

Die erfolgte Festsetzung der Entschädigung ist sowohl der entschädigungsberechtigten Person als auch derjenigen Behörde zuzustellen, welche den nach § 26 Abs. 2 des Gesetzes in Betracht kommenden zahlungspflichtigen Verband vertritt.

§ 13 Br.G. Die Ermittelung und Festsetzung der Entschädigungen aus § 28 des Reichsgesetzes und § 11 Ziff. 1 dieses Gesetzes geschieht von Amts wegen. Die Entschädigungen sind nach Ablauf jeder Woche zu zahlen.

Die Kosten der Entschädigungen fallen nicht etwa dem Arbeitgeber des Entschädigungsberechtigten zur Last, sondern sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Wem diese Kosten im einzelnen Falle zur Last fallen, bestimmt sich nach § 26 Abs. 2 P.G. nach den Vorschriften des bestehenden Rechts.

Die Ortspolizeibehörde, welche die Anordnung der Absonderung

trifft, hat, ohne einen dahin gehenden Antrag des Entschädigungsberechtigten abzuwarten, alsbald auch die Höhe des ihm zustehenden Entschädigungsanspruches festzusetzen. Gegen die Entscheidung der Ortspolizeibehörde steht dem Entschädigungsberechtigten innerhalb der Frist eines Monats das Recht der Beschwerde an den zuständigen Regierungspräsidenten, in Berlin den Oberpräsidenten in Potsdam zu, welcher endgültig entscheidet. Die Verfolgung des Entschädigungsanspruchs auf dem Wege des Rechts ist, um langwierige Prozesse zu verhüten, durch das Gesetz als unzulässig bezeichnet. Die Entscheidung der Ortspolizeibehörde ist von dieser nicht nur dem Empfänger der Entschädigung, sondern auch der zur Zahlung derselben verpflichteten Behörde zuzustellen.

§ 16 P.G. und § 13 Br.G. sollen verhüten, daß den Entschädigungsberechtigten aus der Verfolgung ihrer Entschädigungsansprüche Kosten erwachsen. Dies wäre in der Tat unbillig, weil ja dadurch die Entschädigung illusorisch gemacht würde. Auch wird ausdrücklich bestimmt, daß die Entschädigungen nach Ablauf jeder Woche zu zahlen sind, um den in der Regel weniger bemittelten Personen die ihnen zustehenden Entschädigungen sobald wie möglich zufließen zu lassen.

II. Entschädigungen für Verluste durch die Desinfektion.

1. Umfang der Entschädigungspflicht.

§ 29 R.G. Für Gegenstände, welche infolge einer nach Maßgabe dieses Gesetzes polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion derart beschädigt worden sind, daß sie zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, oder welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet worden sind, ist, vorbehaltlich der in §§ 32 und 33 angegebenen Ausnahmen, auf Antrag Entschädigung zu gewähren.

§ 30 R.G. Als Entschädigung soll der gemeine Wert des Gegenstandes gewährt werden ohne Rücksicht auf die Minderung des Wertes, welche sich aus der Annahme ergibt, daß der Gegenstand mit Krankheitsstoff behaftet sei. Wird der Gegenstand nur beschädigt oder teilweise vernichtet, so ist der verbleibende Wert auf die Entschädigung abzurechnen.

§ 31 R.G. Die Entschädigung wird, sofern ein anderer Berechtigter nicht bekannt ist, demjenigen gezahlt, in dessen Gewahrsam sich der beschädigte oder vernichtete Gegenstand zur Zeit

der Desinfektion befand. Mit dieser Zahlung erlischt jede Entschädigungsverpflichtung aus § 29.

§ 14 P.G. Die Bestimmungen der §§ 29 bis 34 Satz 1 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, finden auf diejenigen Fälle entsprechende Anwendung, in welchen auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes die Desinfektion oder Vernichtung von Gegenständen polizeilich angeordnet worden ist. Der Anspruch auf Entschädigung fällt jedoch weg, wenn der Antragsteller den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

§ 11 Br.G. Es finden entsprechende Anwendung:

2. die Bestimmungen der §§ 29 bis 34 Satz 1 des Reichsgesetzes auf diejenigen Fälle, in welchen auf Grund der §§ 6 und 8 dieses Gesetzes die Desinfektion oder Vernichtung von Gegenständen polizeilich angeordnet ist, dies jedoch mit der Maßgabe, daß der Entschädigungsanspruch wegfällt, wenn der Antragsteller den Verlust ohne Beeinträchtigung seines und seiner Familie notwendigen Unterhalts zu ertragen vermag.

Die durch § 29 R.G. eingeführte Entschädigungspflicht für Gegenstände, welche infolge einer polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion beschädigt sind, war bereits durch den ursprünglichen Gesetzentwurf eingeführt worden. In der Begründung wird ausdrücklich anerkannt, daß die Leistung eines Ersatzes für derartige Beschädigungen nicht nur einer Forderung der Billigkeit entspricht, sondern auch insofern von Bedeutung ist, als die sichere Aussicht auf Entschädigung für die Betroffenen den Anreiz, infizierte oder infektionsverdächtige Gegenstände der Desinfektion zu entziehen, abschwächen, mithin der Gefahr, daß infizierte Gegenstände ungereinigt in den Verkehr kommen und den Krankheitsstoff weiterverbreiten, entgegenwirken wird. Es ist nicht zu leugnen, daß die Desinfektion an sich eine nicht sehr populäre Maßregel ist, da selbst bei vorsichtiger Ausführung der Desinfektion zuweilen Gegenstände leiden. Dies ist der Hauptgrund dafür, daß von den Sachverständigen die unentgeltliche Ausführung der Desinfektion gefordert wird. Wenn die Erfüllung dieser Forderung in vielen Gemeinden und Kreisen auf Schwierigkeiten stößt, so muß wenigstens verlangt werden, daß der Betroffene für die Schädigungen an den desinfizierten Gegenständen einen Ersatz erhält.

Damit aber die Forderungen nicht übermäßige und die Kosten, welche durch die Entschädigungspflicht erwachsen, nicht ungemessene werden, bestimmt § 29 ausdrücklich, daß die Entschädigung nur zu

leisten ist, wenn die Beschädigung der Gegenstände derart ist, daß sie zu ihrem bestimmungsgemäßen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, resp. für Gegenstände, welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet worden sind. Die Entschädigungspflicht tritt also nur ein, wenn ein Gegenstand unbrauchbar geworden ist, nicht aber, wenn er durch die Desinfektion in seinem Aussehen etwas gelitten hat. Eine weitere Einschränkung der Entschädigungspflicht ist dadurch getroffen worden, daß sie nur besteht bei einer Desinfektion, welche nicht nur polizeilich angeordnet, sondern auch polizeilich überwacht wurde. Es ergibt sich daraus, daß bei Desinfektionen, welche zwar polizeilich angeordnet, aber von privaten Desinfektoren ausgeführt worden sind, eine Entschädigungspflicht nicht besteht, während sie eintritt, wenn die Desinfektion durch staatlich geprüfte und öffentlich angestellte Desinfektoren zur Ausführung gelangt. Dies ist ein wesentliches Unterstützungsmittel für die öffentliche Anstellung eines geschulten Desinfektionspersonals.

Die Bestimmung des § 29 hat aber auch einen erziehlichen Wert für die Behörden und deren Organe. Sie werden durch die Entschädigungspflicht dazu erzogen, bei der Anordnung und Durchführung der Desinfektion mit Umsicht und mit tunlichster Schonung des Eigentumsrechts zu verfahren, da anderenfalls erhebliche berechtigte Entschädigungsansprüche erwachsen können, welche für die Polizeibehörden und deren Organe unter Umständen unbequem werden können.

Die durch § 29 R.G. eingeführte Entschädigungspflicht wird durch § 14 P.G. und § 11 Br.G. auf die übrigen übertragbaren Krankheiten ausgedehnt, jedoch mit einer wesentlichen Beschränkung. Nach dem Reichsgesetz hat jeder, auch wenn er noch so wohlhabend ist, ein Recht auf Entschädigung bei den gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsgesetzes, nach dem preußischen und dem braunschweigischen Landesgesetz dagegen fällt der Anspruch auf Entschädigung weg, wenn der Antragsteller den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag. Diese Zusatzbestimmung hebt die Entschädigungspflicht bis zu einem gewissen Grade auf. Handelt es sich z. B. um einen Rock, welcher durch die Desinfektion erheblich beschädigt worden ist, so dürfte es wenig Menschen geben, welche den Verlust dieses Rockes nicht ertragen können, ohne den Unterhalt ihrer selbst oder ihrer Familie länger bestreiten zu können.

Es ist zu befürchten, daß zahlreiche Entschädigungsberechtigte aus Scheu vor der Verhandlung darüber, ob sie den Schaden ohne Beeinträchtigung ihres Unterhalts tragen können oder nicht, den Antrag auf Gewährung der Entschädigung gar nicht erst stellen. Es ist aber weiter zu befürchten, was noch schlimmer ist, daß manche leistungsfähigen Personen, da sie auf eine Entschädigung für etwa eintretende Beschädigungen ihres Eigentums nicht rechnen können, zum

Schaden der Allgemeinheit der Versuchung erliegen, desinfektionspflichtige Gegenstände der Desinfektion zu entziehen. Gerade dies wollte § 29 R.G. verhüten, und es ist daher bedauerlich, daß diese gute Absicht des Reichsgesetzes durch die Bestimmungen des P.G. und des Br.G. teilweise illusorisch gemacht wird.

Durch § 30 R.G. wird der Umfang der Entschädigung festgesetzt, um übertriebenen Forderungen vorzubeugen und die Feststellung des Entschädigungsbetrages zu erleichtern und zu beschleunigen. Es wird ausdrücklich festgesetzt, daß die Wertverminderung, welche man aus der Infektion eines Gegenstandes herleiten wollte, bei der Ermittelung des Wertes nicht in Abzug gebracht werden darf, weil diese Wertverminderung ja durch die Desinfektion wieder aufgehoben wird. Eine Entschädigung ist nicht zu gewähren, wenn der Gegenstand nach der Desinfektion noch zu seinem bestimmungsgemäßen Gebrauche verwendet werden kann. Ist diese Verwendung nur noch bis zu einem gewissen Grade möglich, so ist nicht der ganze Wert des Gegenstandes zu ersetzen, sondern nur ein Teilbetrag, dessen Höhe nach dem verbleibenden Werte abzuschätzen ist. Die Bestimmungen des § 30 R.G. haben nach § 14 P.G. auf die Krankheiten des preußischen Landesgesetzes Anwendung zu finden.

Durch § 31 R.G. wird bestimmt, an wen die Entschädigung zu zahlen ist. Dies ist in erster Linie der Besitzer der betreffenden Gegenstände, sofern ein solcher aber nicht bekannt ist, derjenige, in dessen Gewahrsam sich die beschädigten oder vernichteten Gegenstände zur Zeit der Desinfektion oder Vernichtung befanden. Durch diese Bestimmung sollen weitläufige Ermittelungen über die Person der Berechtigten, durch welche die zu solchen Zeiten schon so wie so meist überlasteten Behörden unnötig mit Arbeit überhäuft werden würden, vermieden werden, auch wird dadurch die tunlichst rasche Deckung des Schadens erleichtert. Um aber weitergehende, eventuell schwer zu kontrollierende Entschädigungsansprüche abzuschneiden, wird durch § 31 Satz 2 ausdrücklich bestimmt, daß mit der Zahlung jede Entschädigungsverpflichtung aus § 29 erlischt.

2. Bedingungen, unter welchen eine Entschädigung nicht gewährt wird.

§ 32 R.G. Eine Entschädigung auf Grund dieses Gesetzes wird nicht gewährt:

1. **für Gegenstände, welche im Eigentume des Reichs, eines Bundesstaats oder einer kommunalen Körperschaft sich befinden;**
2. **für Gegenstände, welche entgegen einem auf Grund des**

§ 15 Nr. 1 oder des § 24 erlassenen Verbot aus- oder eingeführt worden sind.

§ 33 R.G. Der Anspruch auf Entschädigung fällt weg:

1. wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde, die beschädigten oder vernichteten Gegenstände oder einzelne derselben an sich gebracht hat, obwohl er wußte oder den Umständen nach annehmen mußte, daß dieselben bereits mit dem Krankheitsstoffe behaftet oder auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren;
2. wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde oder in dessen Gewahrsam die beschädigten oder vernichteten Gegenstände sich befanden, zu der Desinfektion durch eine Zuwiderhandlung gegen dieses Gesetz oder eine auf Grund desselben getroffene Anordnung Veranlassung gegeben hat.

§ 32 und 33 R.G. setzen fest, unter welchen Umständen eine Entschädigungspflicht nicht besteht.

1. Nach § 32 Ziff. 1 des Reichsgesetzes ist nämlich die Entschädigungspflicht ausgeschlossen für Gegenstände, welche im Eigentum des Reiches, eines Bundesstaates oder einer kommunalen Körperschaft sich befinden. Als kommunale Körperschaften kommen die Gemeinden, Gutsbezirke, Kreis- oder Provinzialverbände in Betracht. Der Grund hierfür liegt in erster Linie darin, daß diese Behörden zugleich auch die Entschädigungspflichtigen sind, so daß sie sich also selbst entschädigen müßten, wenn eine Entschädigungspflicht bestände. Nach der Begründung kommt weiter in Betracht, daß bei diesen Behörden auch ein Bedürfnis zur Schadloshaltung in der Regel nicht vorliegt, und daß man von öffentlichen Organisationen erwarten darf, daß sie die zum Schutze des Gemeinwohls unabwendbaren Schädigungen ihres eigenen Besitzes auch ohne Entschädigung auf sich nehmen werden.

2. Nach § 32 Ziff. 2 R.G. besteht die Entschädigungspflicht nicht für Gegenstände, welche, entgegen einem auf Grund des § 15 Nr. 1 oder des § 24 erlassenen Verbot, aus- oder eingeführt worden sind. Diese Bestimmung kommt in Betracht bei der Ausfuhr von Gegenständen aus Ortschaften, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind, sowie bei der Einfuhr von Gegenständen aus Ortschaften, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit oder Rückfallfieber oder Typhus herrscht. Nach der Begründung zu § 32 hat diese Bestimmung den Zweck, dazu beizutragen, von einer Übertretung der ergehenden Einfuhr- und Ausfuhrverbote abzuhalten. Es entspricht auch nur den allgemeinen Rechtsgrundsätzen, wenn für die Beschädigung von Gegenständen, welche wider das Gesetz

in den weiteren Verkehr gelangen, eine Entschädigung nicht geleistet wird.

3. Nach § 33 Ziff. 1 R.G. fällt der Anspruch auf Entschädigung weiter weg, wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde, die betreffenden Gegenstände an sich gebracht hat, obwohl er wußte, daß sie desinfektionspflichtig waren. Durch diese Bestimmung soll verhütet werden, daß Personen in gewinnsüchtiger Absicht Gegenstände, welche noch nicht desinfiziert worden sind, an sich und in den Verkehr bringen. Als Beispiel hierfür kann angeführt werden, daß z. B. ein Händler, welcher mit alten Kleidern handelt, solche aus dem Nachlaß eines an einer übertragbaren Krankheit Gestorbenen billig an sich bringt und dann für eine etwaige Desinfektion Entschädigungsansprüche erhebt. Derartige Ansprüche sind nach dem Gesetz nicht zulässig.

4. Nach § 33 Ziff. 2 R.G. fällt der Anspruch auf Entschädigung weiter weg, wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde, oder in dessen Gewahrsam sich die beschädigten oder vernichteten Gegenstände befanden, zu der Desinfektion durch eine Zuwiderhandlung gegen dieses Gesetz oder eine auf Grund desselben getroffene Anordnung Veranlassung gegeben hat. Als Beispiel hierfür möge folgender Fall dienen. Jemand erzwingt sich dem Verbot zuwider den Zutritt zu einer wegen Cholera auf Grund des § 14 abgesonderten Person; hierbei wird sein Anzug mit den Ausleerungen des Cholerakranken verunreinigt und muß desinfiziert werden; bei der Desinfektion tritt eine derartige Beschädigung des Anzuges ein, daß er nicht mehr getragen werden kann; dem Besitzer des Anzuges steht ein Anspruch auf Entschädigung nicht zur Seite, weil die Desinfektion nicht erforderlich geworden wäre, wenn der Besitzer das Verbot, den Kranken aufzusuchen, nicht überschritten hätte. Zum weiteren Verständnis möge der Wortlaut der Begründung zu § 33 Ziff. 2 folgen:

„Die Bestimmung unter Nr. 2 setzt voraus, daß der Entschädigungsberechtigte oder der Inhaber des Gegenstandes durch eine Verletzung der seuchenpolizeilichen Anordnungen zu der Desinfektion Anlaß gegeben hat. Sein rechtswidriges Verhalten hat in diesem Falle die Notwendigkeit der Schädigung nach sich gezogen. Dem an und für sich Entschädigungsberechtigten den Schadenersatz selbst dann zu verweigern, wenn nicht er, sondern der Besitzer der Sache durch seine Handlung die Notwendigkeit der Desinfektion herbeigeführt hat, ist um deswillen gerechtfertigt, weil in dem bezeichneten Falle für den Entschädigungsberechtigten die Verhältnisse nicht anders liegen, als wenn der Inhaber durch Vorsatz oder Versehen die Sache unmittelbar beschädigt hätte; die Frage, inwieweit der Entschädigungsberechtigte gegen den Inhaber eine Entschädigungsforderung geltend machen kann, entscheidet sich nach den zwischen beiden bestehenden

privatrechtlichen Beziehungen und nach den allgemeinen Grundsätzen des bürgerlichen Rechts."

3. Ermittelung und Feststellung der Entschädigungen.

§ 34 R.G. Die Kosten der Entschädigungen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Im übrigen bleibt der landesrechtlichen Regelung vorbehalten, Bestimmungen darüber zu treffen:

1. von wem die Entschädigung zu gewähren und wie dieselbe aufzubringen ist,
2. binnen welcher Frist der Entschädigungsanspruch geltend zu machen ist,
3. wie die Entschädigung zu ermitteln und festzustellen ist.

§ 15 P.G. Die Festsetzung der Entschädigungen in den Fällen der §§ 28 bis 33 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und des § 14 des gegenwärtigen Gesetzes erfolgt durch die Ortspolizeibehörde.

Gegen die Entscheidung findet unter Ausschluß des Rechtsweges innerhalb einer Frist von einem Monat nur die Beschwerde an die Aufsichtsbehörde, in Berlin an den Oberpräsidenten, statt. Die Entscheidung dieser Beschwerdeinstanz ist endgültig.

§ 17 P.G. Bei Gegenständen, welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet werden sollen, ist vor der Vernichtung der gemeine Wert durch Sachverständige abzuschätzen.

§ 18 P.G. Sind bei einer polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion Gegenstände derart beschädigt worden, daß dieselben zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, so ist sowohl der Grad dieser Beschädigung wie der gemeine Wert der Gegenstände vor ihrer Rückgabe an den Empfangsberechtigten durch Sachverständige abzuschätzen.

§ 19 P.G. Bei den Abschätzungen gemäß den §§ 17 und 18 des gegenwärtigen Gesetzes sollen die Berechtigten tunlichst gehört werden.

§ 20 P.G. In den Fällen der §§ 17 und 18 des gegenwärtigen Gesetzes bedarf es der Abschätzung nicht, wenn feststeht, daß ein Entschädigungsanspruch gesetzlich ausgeschlossen ist oder wenn der Berechtigte auf eine Entschädigung verzichtet hat.

§ 21 P.G. Für jeden Kreis sollen von dem Kreisausschusse, in Stadtkreisen von der Gemeindevertretung, aus den sachverständigen Eingesessenen des Bezirks auf die Dauer von drei Jahren diejenigen Personen in der erforderlichen Zahl bezeichnet werden, welche zu dem Amte eines Sachverständigen

zugezogen werden können. Als Sachverständige können auch Frauen bezeichnet werden.

Aus der Zahl dieser Personen hat die Ortspolizeibehörde die Sachverständigen für den einzelnen Schätzungsfall zu ernennen. In besonderen Fällen ist die Polizeibehörde ermächtigt, andere Sachverständige zuzuziehen.

Die Sachverständigen sind von der Polizeibehörde durch Handschlag zu verpflichten. Sie verwalten ihr Amt als Ehrenamt und haben nur Anspruch auf Ersatz der baren Auslagen.

Auf das Amt der Sachverständigen finden die Vorschriften über die Übernahme unbesoldeter Ämter in der Verwaltung der Gemeinden und Kommunalverbände entsprechende Anwendung.

§ 22 P.G. Personen, bei welchen für den einzelnen Fall eine Befangenheit zu besorgen ist, sollen zu Sachverständigen nicht ernannt werden.

Ausgeschlossen von der Teilnahme an der Schätzung ist jeder:

1. in eigener Sache;
2. in Sachen seines Ehegatten, auch wenn die Ehe nicht mehr besteht;
3. in Sachen einer Person, mit welcher er in gerader Linie oder im zweiten Grade der Seitenlinie verwandt oder verschwägert ist, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht.

Personen, welche sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befinden, sind unfähig, an einer Schätzung teilzunehmen.

§ 23 P.G. Die Sachverständigen haben über die Schätzung eine von ihnen zu unterzeichnende Urkunde aufzunehmen und der Ortspolizeibehörde zur Festsetzung der Entschädigung zu übersenden.

Hat eine ausgeschlossene oder unfähige Person (§ 22 Abs. 2 und 3) an der Schätzung teilgenommen, so ist die Schätzung nichtig und zu wiederholen. Ist die Wiederholung unausführbar, so erfolgt die Festsetzung nach freier Würdigung des Schadens.

§ 24 P.G. Die Entschädigung für vernichtete oder infolge der Desinfektion beschädigte Gegenstände wird nur auf Antrag gewährt.

Der Antrag ist bei Vermeidung des Verlustes des Anspruches binnen einer Frist von einem Monat bei der Ortspolizeibehörde, welche die Vernichtung oder Desinfektion angeordnet hat, zu stellen.

Die Frist beginnt bei vernichteten Gegenständen mit dem Zeitpunkte, in welchem der Entschädigungsberechtigte von der

Vernichtung Kenntnis erhalten hat, bei Gegenständen, welche der Desinfektion unterworfen sind, mit der Wiederaushändigung.

Bei unverschuldeter Versäumnis der Antragsfrist kann die Ortspolizeibehörde Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewähren.

A. A. zu §§ 14 bis 20 P.G. 2. Will die Polizeibehörde Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoff von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand oder Rotz behaftet sind, vernichten lassen, so hat sie ihren gemeinen Wert vor der Vernichtung durch zwei Sachverständige im Sinne der §§ 21 und 22 des Gesetzes abschätzen zu lassen. Wenn tunlich, ist der Eigentümer oder Inhaber der Gegenstände zuzuziehen und anzuhören. Die Sachverständigen sind anzuhalten, daß sie der Polizeibehörde eine von ihnen unterzeichnete Urkunde über die Schätzung zugehen lassen.

Ebenso ist zu verfahren, wenn bei der Desinfektion eines Gegenstandes, von welchem anzunehmen war, daß er mit dem Krankheitsstoff einer der benannten Krankheiten behaftet sei, der Gegenstand so beschädigt worden ist, daß er zu seinem bestimmungsgemäßen Gebrauch nicht weiter verwendet werden kann. In diesem Falle ist die Abschätzung vor der Rückgabe des Gegenstandes an den Empfangsberechtigten herbeizuführen.

Die Abschätzung vernichteter oder durch Desinfektion gebrauchsunfähig gewordener Gegenstände darf nur unterbleiben, wenn von vornherein feststeht, daß ein Entschädigungsanspruch ausgeschlossen ist (vgl. die §§ 32 und 33 des Reichsgesetzes), oder wenn der Berechtigte auf eine Entschädigung verzichtet oder sich mit der Polizeibehörde über die Höhe des Schadenersatzes geeinigt hat.

Ein Entschädigungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn

a) die betreffenden Gegenstände im Eigentume des Reichs, eines Bundesstaats oder einer kommunalen Körperschaft sich befinden, oder wenn sie trotz Verbotes ein- oder ausgeführt sind;
b) der Entschädigungsberechtigte die Gegenstände oder einzelne derselben an sich gebracht hatte, obwohl er wußte oder den Umständen nach annehmen mußte, daß dieselben bereits mit dem Krankheitsstoffe behaftet, oder daß sie auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren, oder wenn er zur Desinfektion durch eine Zuwiderhandlung gegen seuchenrechtliche Vorschriften Veranlassung gegeben hat. Ferner ist, wenn es sich um Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Rotz handelt, eine Entschädigung nicht zu zahlen, wenn der Beschädigte den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

Ist die Schätzungsurkunde bei der Polizeibehörde eingegangen, so ist nichts Weiteres zu veranlassen, falls nicht ein Antrag auf Entschädigung von seiten des Eigentümers des vernichteten oder beschädigten Gegenstandes oder desjenigen, in dessen Gewahrsam sich derselbe vor der Vernichtung oder zur Zeit der Desinfektion befand, gestellt wird. Ist die Antragsfrist gewahrt, so erfolgt die Feststellung der Entschädigung, andernfalls Ablehnung wegen Fristversäumnis. Der Bescheid ist dem Antragsteller zuzustellen.

§ 12 Br.G. **Die Festsetzung der Entschädigungen in den Fällen der §§ 28 bis 33 des Reichsgesetzes und des § 11 dieses Gesetzes erfolgt durch die Landespolizeibehörde, sofern indes in den Fällen der §§ 29 bis 33 des Reichsgesetzes und des § 11**

Ziff. 2 dieses Gesetzes die Entschädigung im Einzelfalle einen vom Staatsministerium zu bestimmenden mäßigen Betrag nicht übersteigt, durch die Ortspolizeibehörde. In der Stadt Braunschweig geschieht die Festsetzung durch Herzogliche Polizeidirektion.

Gegen die Entscheidung, desgleichen den Bescheid, durch welchen die Landes- oder Ortspolizeibehörde den Entschädigungsanspruch gemäß § 11 Ziff. 2 Schlußsatz dieses Gesetzes zurückweist, findet unter Ausschluß des Rechtsweges innerhalb einer Frist von einem Monat nur die Beschwerde an die Aufsichtsbehörde statt.

Die Auszahlung der Entschädigungen geschieht aus der Kasse der nach Maßgabe des § 20 dieses Gesetzes zur Kostentragung verpflichteten Stelle.

§ 14 Br.G. Bei Gegenständen, welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet werden sollen, ist vor der Vernichtung der gemeine Wert durch Sachverständige abzuschätzen.

Ingleichen hat in den Fällen der Beschädigungen durch Desinfektion (vgl. § 29 des Reichsgesetzes) vor Rückgabe der Gegenstände an den Empfangsberechtigten eine sachverständige Abschätzung einzutreten, die sich sowohl auf den Grad der Beschädigung wie den verbliebenen gemeinen Wert der Sache zu erstrecken hat.

Zu den Abschätzungen in diesen Fällen können je nach Beschaffenheit des Einzelfalles einer oder mehrere Sachverständige zugezogen werden.

Handelt es sich bei den Entschädigungen im Sinne dieses Paragraphen um geringfügige und dem Werte nach unschwer zu beurteilende Gegenstände, so darf die Ortspolizeibehörde von der Zuziehung von Sachverständigen absehen und nach eigenem pflichtmäßigen Ermessen die Schadensermittelung vornehmen.

§ 15 Br.G. Der Abschätzung in den Fällen des § 14 dieses Gesetzes bedarf es nicht, wenn feststeht, daß ein Entschädigungsanspruch gesetzlich ausgeschlossen ist, oder wenn der Berechtigte auf eine Entschädigung verzichtet hat.

§ 16 Br.G. Als Schätzungssachverständige hat die Ortspolizeibehörde ihr geeignet und zuverlässig erscheinende Personen zu bestellen.

Die Sachverständigen erhalten neben Ersatz der baren Auslagen eine angemessene Vergütung für ihre Mühewaltung nach noch näher im Verwaltungswege zu bestimmenden Sätzen zugebilligt.

§ 17 Br.G. Die weiteren Bestimmungen über die Zuziehung der Sachverständigen sowie über das Verfahren bei der Ab-

schätzung und der Festsetzung der Entschädigungen bleiben den Ausführungsvorschriften zu diesem Gesetze vorbehalten.

§ 18 Br.G. Die Entschädigung für vernichtete oder infolge der Desinfektion beschädigte Gegenstände wird nur auf Antrag gewährt.

Der Antrag ist bei Vermeidung des Verlustes des Anspruches binnen einer Frist von zwei Wochen bei der Ortspolizeibehörde des Erkrankungs- oder Sterbeortes zu stellen. Die Frist beginnt im Falle der Vernichtung mit dem Tage, an welchem der Entschädigungsberechtigte von der Vernichtung Kenntnis erhalten hat, in Fällen der Desinfektion mit der Wiederaushändigung der Gegenstände.

Durch § 34 R.G. wird bestimmt, daß die Kosten der Entschädigung aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, daß aber im übrigen der landesrechtlichen Regelung vorbehalten bleibt, Bestimmungen über den Entschädigungspflichtigen, über die Aufbringung der Entschädigungen, über die Frist, in welcher Entschädigungsansprüche geltend zu machen sind, und über die Ermittelung und Feststellung der Entschädigungen zu treffen.

Diese Bestimmungen sind für Preußen in den §§ 15 und 17 bis 24 P.G., für Braunschweig in den §§ 12 und 14 bis 18 Br.G. enthalten. Nur bezüglich des ersten Punktes, von wem die Entschädigung zu gewähren und wie dieselbe aufzubringen ist, enthält das preußische Landesgesetz eine Ausführungsbestimmung nicht, weil sich dies nach den bestehenden Gesetzen regelt.

Durch § 15 Abs. 1 P.G. und § 12 Abs. 1 Br.G. wird bestimmt, wer die Entschädigungen festzusetzen hat. Es ist dies in Preußen die Ortspolizeibehörde, und zwar diejenige, in deren Bezirk die angeordnete Desinfektion oder Vernichtung ausgeführt ist.

Durch § 15 Abs. 2 P.G. und § 12 Abs. 2 Br.G. wird das Beschwerderecht geregelt und dabei der Rechtsweg ausdrücklich ausgeschlossen. Die Aufsichtsbehörde, an welche die Beschwerde zu richten, ist in Preußen der Regierungspräsident, in Berlin der Oberpräsident. Hat diese Behörde entschieden, so darf eine weitere Beschwerde nicht stattfinden. Diese Bestimmung soll eine unnötige Belästigung der höheren Verwaltungsbehörden, insonderheit des Ministers verhindern. Was die Frist betrifft, so erschien die Zeit von einem Monat ausreichend, um allen begründeten Ansprüchen zu genügen.

Durch § 17 P.G. und § 14 Abs. 1 Br.G. wird bestimmt, daß bei Gegenständen, welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet werden sollen, der gemeine Wert vor der Vernichtung durch Sachverständige abzuschätzen ist. Die Notwendigkeit dieser Bestimmung ergibt sich von selbst aus dem Umstande, daß der Wert eines Gegenstandes nicht

mehr objektiv festgesetzt werden kann, wenn die Vernichtung bereits erfolgt ist. In der Praxis wird freilich die Durchführung dieser Bestimmung schwierig sein, namentlich zu Zeiten größerer Epidemien; die Bestimmung trägt aber dazu bei, die Polizeibehörden weiter zur Vorsicht bei der Anordnung der Vernichtung von Gegenständen zu erziehen.

Durch § 18 P.G. und § 14 Abs. 2 Br.G. wird bestimmt, daß bei der Desinfektion die Abschätzung vor Rückgabe der Gegenstände an den Empfangsberechtigten zu erfolgen hat. Auch diese Bestimmung ist notwendig, weil nur dadurch verhütet werden kann, daß Personen in gewinnsüchtiger Absicht Gegenstände, welche desinfiziert worden sind, nach Empfang derselben ihrerseits willkürlich beschädigen und dann unberechtigte Ersatzansprüche erheben. Bei dieser Abschätzung muß nicht nur der Grad der Beschädigung, sondern auch der verbliebene gemeine Wert der betreffenden Gegenstände abgeschätzt werden, um eine Unterlage für die Höhe der zu gewährenden Entschädigung zu gewinnen.

Nach § 19 P.G. sollen die Entschädigungsberechtigten bei den in § 17 und 18 erwähnten Abschätzungen tunlichst gehört werden. Eine derartige Vorschrift, welche übrigens das braunschweigische Gesetz nicht enthält, liegt in der Billigkeit, weil die Sachverständigen mit dem wirklichen Werte der Gegenstände nicht immer so vertraut sein können, wie im Interesse des Besitzers wünschenswert ist.

Durch § 20 P.G. und § 15 Br.G. wird zur Vereinfachung des Verfahrens für zulässig erklärt, unter Umständen auf die Abschätzung zu verzichten. Die Abschätzung soll nicht stattfinden, wenn ein Entschädigungsanspruch gesetzlich ausgeschlossen ist, oder wenn der Entschädigungsberechtigte auf eine Entschädigung verzichtet. Letzteres wird bei vernichteten Gegenständen häufig erfolgen, da die Vernichtung nach dem Gesetz ja nur angeordnet werden darf, wenn die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnis zum Wert des Gegenstandes zu kostspielig wäre.

Durch § 21 P.G. wird bestimmt, wer als Sachverständiger bei der Abschätzung in Tätigkeit treten soll. In Abs. 1 wird vorgeschrieben, daß die Sachverständigen in der erforderlichen Anzahl im voraus, und zwar auf die Dauer von 3 Jahren bestimmt werden sollen. Diese Vorschrift ist notwendig, damit im gegebenen Moment eine Verzögerung ausgeschlossen ist. Die Sachverständigen sollen vom Kreis- bezw. Stadtausschuß bezeichnet werden. Ihre Zahl wird sich nach der Zahl der Ortschaften und ihrer Entfernung voneinander zu richten haben. Unter allen Umständen muß die Möglichkeit gewährt werden, in jeder Ortschaft ohne erheblichen Zeitverlust die erforderliche Anzahl von Sachverständigen zur Verfügung zu haben. Die Vorschrift, daß auch Frauen als Sachverständige zugelassen werden, ist dadurch

begründet, daß bezüglich einer ganzen Reihe von Gegenständen Frauen ein größeres Sachverständnis besitzen als Männer; dies gilt namentlich von Kleidungs-, Wirtschaftsgegenständen u. dgl.

Durch. Abs. 2 wird der Ortspolizeibehörde die Pflicht auferlegt, aus der Zahl der vom Kreisausschuß bezeichneten Personen die Sachverständigen von Fall zu Fall zu ernennen, ihr gleichzeitig aber das Recht gewährt, in besonderen Fällen auch andere, vom Kreisausschuß nicht bezeichnete Personen als Sachverständige zuzuziehen. Dies wird z. B. notwendig sein, wenn es sich um Gegenstände von besonderer Seltenheit oder von besonderem Werte, z. B. um Gemälde u. dgl. handelt, die nicht von den gewöhnlichen Sachverständigen beurteilt werden können.

Durch Abs. 3 wird bestimmt, daß bei der Verpflichtung der Sachverständigen von einer Vereidigung abzusehen, und daß die Verpflichtung durch Handschlag genügend ist. Es wird weiter bestimmt, daß das Amt des Sachverständigen ein Ehrenamt ist, also unentgeltlich verwaltet werden muß, daß dagegen den Sachverständigen die baren Auslagen zu ersetzen sind. Als solche werden in der Regel nur Fuhrkosten in Betracht kommen. Durch Abs. 4 soll verhütet werden, daß Personen, welche für das Amt des Sachverständigen in Anspruch genommen werden, sich der Ausübung dieses Amtes in unberechtigter Weise zu entziehen suchen.

Die entsprechenden Bestimmungen für Braunschweig enthält § 16 Br.G., doch hat nach § 14 Abs. 4 Br.G. die Polizeibehörde das Recht, bei geringfügigen und unschwer zu beurteilenden Gegenständen von der Zuziehung von Sachverständigen abzusehen.

Durch § 22 P.G. wird bestimmt, wer nicht für das Amt als Sachverständiger zugezogen werden darf. Es sind dies alle diejenigen Personen, bei welchen für den einzelnen Fall eine Befangenheit zu besorgen ist.

In Abs. 2 werden diese Personen aufgezählt. Ausgeschlossen von der Teilnahme an der Schätzung ist selbstverständlich der Besitzer der betreffenden Gegenstände, ferner der Ehegatte derjenigen Person, um deren Interesse es sich handelt, endlich anderweitige Verwandte und Verschwägerte der betreffenden Personen. Der Zusatz, daß Ehegatten und Verwandte ausgeschlossen sein sollen, auch wenn die Ehe nicht mehr besteht, muß berechtigt erscheinen, da auch in diesem Falle eine Befangenheit zu besorgen ist. Endlich sind solche Personen ausgeschlossen, welche sich nicht im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befinden.

Durch § 23 P.G. wird der amtliche Charakter des Abschätzungsgeschäfts zum Ausdruck gebracht, indem bestimmt wird, daß die Sachverständigen über die Schätzung eine Urkunde aufzunehmen, zu unterzeichnen und der Ortspolizeibehörde zu übersenden haben. Durch

diese Form soll den Sachverständigen die Bedeutung ihrer Handlung zum Bewußtsein gebracht, und die Erhebung unberechtigter Ersatzansprüche verhindert werden. Ein Einfluß auf die endgültige Festsetzung der Entschädigung steht nach dem Wortlaut des Gesetzes den Sachverständigen nicht zu, vielmehr hat diese Festsetzung nach dem pflichtmäßigen Ermessen der Ortspolizeibehörde zu erfolgen.

Abs. 2 tritt für den Fall in Wirksamkeit, daß durch irgend einen Zufall eine nach § 22 zur Schätzung nicht zuzulassende Person gleichwohl an der Schätzung teilgenommen hat. In diesen Fällen sind andere Sachverständige zuzuziehen, welche die Schätzung, soweit möglich, zu wiederholen haben.

Durch § 24 P.G. und § 18 Br.G. wird bestimmt, daß die Entschädigung für vernichtete oder infolge der Desinfektion beschädigte Gegenstände nur auf Antrag gewährt wird, und in welcher Frist der Antrag einzubringen ist. Diese Frist beträgt in Preußen einen Monat, in Braunschweig nur zwei Wochen. Die Frist beginnt bei vernichteten Gegenständen mit dem Zeitpunkt, mit welchem der Entschädigungsberechtigte von der Vernichtung Kenntnis erhalten hat, bei desinfizierten Gegenständen mit dem Tage der Wiederaushändigung.

Durch § 24 Abs. 4 wird noch bestimmt, daß bei unverschuldeter Versäumnis der Antragsfrist die Ortspolizeibehörde Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewähren kann. Eine solche unverschuldete Versäumnis kann z. B. eintreten, wenn derjenige, in dessen Besitz oder Gewahrsam die zu desinfizierenden oder zu vernichtenden Gegenstände sind, selbst so krank ist, daß es ihm unmöglich ist, die Frist innezuhalten. Eine ähnliche Bestimmung ist in dem braunschweigischen Gesetz nicht enthalten.

Abschnitt V.

Allgemeine Vorschriften.

Durch die §§ 35—43 R.G. wird eine Reihe von Verhältnissen allgemeinerer Natur geregelt, welche sich teils auf die Vorbeugung, teils auf die Zuständigkeit der Behörden, teils auf besondere Verhältnisse, wie die Armee, Marine, Eisenbahn, Post, endlich auf die Regelung des Nachrichtenwesens innerhalb des Reiches beziehen. Die Ausführungsbestimmungen zu diesen Paragraphen, soweit solche erforderlich sind, sind in den §§ 12 und 13 P.G. sowie in den Anweisungen für die Bekämpfung der einzelnen Krankheiten enthalten.

I. Vorbeugungsmaßregeln.

§ 35 R.G. Die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser und für Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen.

Die Gemeinden sind verpflichtet, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Mißstände Sorge zu tragen. Sie können nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art, sofern dieselben zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind, jederzeit angehalten werden.

Das Verfahren, in welchem über die hiernach gegen die Gemeinden zulässigen Anordnungen zu entscheiden ist, richtet sich nach Landesrecht.

Zahlreiche epidemiologische Erfahrungen sprechen dafür, daß Seuchen an Orten, welche mangelhafte sanitäre Einrichtungen, nament-

lich auf dem Gebiet der Wasserversorgung und der Beseitigung der Abfallstoffe besitzen, leichter Fuß fassen und größere Verheerungen anrichten, als an hygienisch wohleingerichteten Orten. In Hamburg hätte 1892 die Cholera, in Oberschlesien 1900 und im rheinisch-westfälischen Kohlenrevier 1901 der Typhus nicht so viele Opfer gefordert, wenn die Wasserwerke einwandsfrei gewesen wären. Orte, wie London, München, Danzig, Berlin u. a. sind, wie es scheint, cholera- und typhusimmun geworden, seit sie gute Wasserleitungen und wohldurchdachte Kanalisationsanlagen erhalten haben.

Es ist anzuerkennen, daß die Erkenntnis von der Bedeutung sanitärer Anlagen für die Gesundheit der Einwohner sich in immer weiteren Kreisen Bahn zu brechen beginnt. Eine Großstadt nach der anderen geht zur Schaffung zweckmäßiger und kostspieliger hygienischer Einrichtungen über. Bei manchen Orten, deren Leistungsfähigkeit außer Zweifel steht, fehlt es jedoch in dieser Beziehung noch an Verständnis, und die Behörden hatten ihnen gegenüber bislang keine gesetzliche Unterlage zum Einschreiten. Eine solche hat das Reichsseuchengesetz nunmehr erfreulicherweise geschaffen.

Durch § 35 Abs. 1 R.G. wird die zweckmäßige Einrichtung getroffen, daß die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen für Wasserversorgung und Abfallbeseitigung fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen sind, und bestimmt, wie etwa gefundenen Schäden abzuhelfen ist. In Ausführung dieser Vorschrift sind im Reichsgesundheitsrat Vorschriften über die Kontrolle zentraler Wasserwerke, welche mit Sandfiltration arbeiten, ausgearbeitet worden. Auf Grund dieser Bestimmung hat weiter der preußische Medizinalminister bereits im Jahre 1903 die Anordnung getroffen, daß sämtliche zentralen Wasserwerke im Staat einer Revision durch besondere Besuchskommissionen, bestehend aus einem Hygieniker und einem Techniker, unterzogen werden sollten. Derartige Besichtigungen haben sich auf die gesamte Einrichtung und den Betrieb der Wasserwerke zu erstrecken und bei solchen Wasserwerken, welche das Rohwasser aus öffentlichen Wasserläufen beziehen, mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob nicht durch ein Stichrohr, der Vorschrift entgegen, unfiltriertes Wasser in die Leitungsrohre hineingepumpt wird, wie es z. B. im Jahre 1901 bei dem Wasserwerk in Gelsenkirchen festgestellt wurde. Die betreffenden Besuchskommissionen werden sich in jedem Falle die Zeichnungen der Anlagen vorlegen lassen und mit den vorhandenen Einrichtungen an Ort und Stelle vergleichen müssen, und es wird sich empfehlen, daß sie namentlich bei privaten Wasserwerken bei diesen Untersuchungen beide Augen offen haben, um nicht etwas Derartiges zu übersehen.

Neben den Wasserwerken sind die Einrichtungen für die Fortschaffung der Abfallstoffe von besonderer Bedeutung. Ihre gesund-

heitsgemäße Einrichtung unterliegt namentlich in kleineren Gemeinden und auf dem Lande großen Schwierigkeiten. Bei den Ortsbesichtigungen, welche die Kreisärzte auf Grund der Dienstanweisung vorzunehmen haben, werden sie hierauf besonders achten müssen. Es wird hierbei darauf zu achten sein, ob Aborte in genügender Anzahl und in zweckmäßiger Einrichtung vorhanden sind, ob sie sich in ausreichender Entfernung von Wohnstätten und Brunnen befinden, ob etwa vorhandene Gruben ausreichend dicht sind, und ob die Düngerstätten und Jauchegruben so eingerichtet sind, daß ein Austritt von unreinen Abfallstoffen und der Eintritt derselben in Brunnen und Wasserläufe verhindert ist. Bei der ländlichen Bevölkerung, welche in den Abfallstoffen mit Recht Werte erblickt, die für die Landwirtschaft unentbehrlich sind, wird die Durchführung dieser Überwachung und die Abstellung etwa gefundener Mängel unter Umständen auf Widerstand stoßen, welcher nur durch taktvolles, festes und doch zugleich maßvolles Auftreten überwunden werden kann.

Durch § 35 Abs. 2 R.G. wird den Behörden das außerordentlich wichtige Recht verliehen, die Gemeinden zur Beseitigung der vorgefundenen gesundheitlichen Mißstände auf dem Gebiete der Wasserversorgung und Abfallbeseitigung anzuhalten. Es wird damit den so wichtigen sanitätspolizeilichen Bestrebungen auf diesem Gebiete eine gesetzliche Unterlage verliehen. Den Behörden wird das Recht gegeben, die Gemeinden nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von Einrichtungen zur Wasserversorgung und Abfallbeseitigung jederzeit anzuhalten, allerdings mit der Einschränkung, daß ausdrücklich festzustellen ist, daß diese Einrichtungen zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind. Auf Grund dieser Bestimmung haben also die Behörden das Recht, Einrichtungen der bezeichneten Art verbessern oder ganz neu herstellen zu lassen, wenn nach Lage der Verhältnisse die begründete Befürchtung vorliegt, daß ein weiteres Bestehen der mangelhaften Zustände den Ausbruch oder die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit, also namentlich der Cholera, der Ruhr und des Typhus begünstigen.

Nach § 35 Abs. 3 regelt sich das Verfahren, in welchem über die hiernach gegen die Gemeinden zulässigen Anordnungen zu entscheiden ist, nach Landesrecht. Das Recht, was hier in Frage kommt, ist durch die §§ 30—33 P.G. geschaffen. Die Anordnung zur Beschaffung der in § 35 R.G. bezeichneten Einrichtungen wird also von der Kommunalaufsichtsbehörde zu treffen sein. Etwaige Beschwerden gegen derartige Anordnungen unterliegen den Bestimmungen des § 30 Abs. 2 P.G.

II. Verfahren und Behörden.

1. Zuständigkeit der Behörden.

§ 37 R.G. Die Anordnung und Leitung der Abwehr- und Unterdrückungsmaßregeln liegt den Landesregierungen und deren Organen ob.

Die Zuständigkeit der Behörden . . . . . . regelt sich nach Landesrecht.

§ 12 P.G. Die in dem Reichsgesetze, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und in dem gegenwärtigen Gesetze den Polizeibehörden überwiesenen Obliegenheiten werden, soweit das gegenwärtige Gesetz nicht ein anderes bestimmt, von den Ortspolizeibehörden wahrgenommen. Der Landrat ist befugt, die Amtsverrichtungen der Ortspolizeibehörden für den einzelnen Fall einer übertragbaren Krankheit zu übernehmen.

Die Zuständigkeit der Landespolizeibehörden auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung wird durch die Bestimmung des Abs. 1 nicht berührt.

Gegen die Anordnungen der Polizeibehörde finden die durch das Landesverwaltungsgesetz gegebenen Rechtsmittel statt.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 9 Br.G. Von welchen Behörden die in dem Reichsgesetze den Landesbehörden, Polizeibehörden usw. zugewiesenen Obliegenheiten wahrzunehmen sind, wird, insoweit dies Gesetz darüber keine Bestimmung trifft, im Verwaltungswege vorgeschrieben.

Gegen polizeiliche Anordnungen, die auf Grund des Reichsgesetzes, des gegenwärtigen Gesetzes und der zu beiden Gesetzen erlassenen Ausführungsbestimmungen ergehen, findet mit Ausschluß der Klage im Verwaltungsstreitverfahren nur die Beschwerde im Aufsichtswege statt. Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

Durch § 37 wird ausdrücklich zum Ausdruck gebracht, daß die Organe des Reiches mit der Anordnung und Leitung der Abwehr- und Unterdrückungsmaßregeln nichts zu tun haben, sondern daß diese ausschließlich den Landesregierungen und deren Organen obliegen, und daß sich deren Zuständigkeit nach Landesrecht regelt. Diese Bestimmung erfährt nur eine Einschränkung durch § 41 Abs. 2, worauf weiter unten einzugehen sein wird.

Die Ausführungsbestimmungen hierzu enthält § 12 P.G. Hier wird bestimmt, daß in erster Linie die Ortspolizeibehörden zuständig

sind, daß aber der Landrat befugt ist, die Amtsverrichtungen der Ortspolizeibehörde für den einzelnen Fall einer übertragbaren Krankheit zu übernehmen. Letzteres wird bei allen wichtigeren Seuchenausbrüchen eintreten, weil die Mehrzahl namentlich der ländlichen Ortspolizeibehörden nach dem Stande ihrer Bildung und Erfahrung die Tragweite eines Seuchenausbruches und das von Fall zu Fall Erforderliche nicht genügend zu beurteilen vermag, während der Landrat mit dem ihm als Berater beigegebenen Kreisarzt in der Lage sein wird, in jedem Falle die notwendigen Einrichtungen mit der erforderlichen Schnelligkeit und Tatkraft zu treffen.

Durch § 12 Abs. 3 und 4 wird das Beschwerdeverfahren geregelt, durch Abs. 4 aber eine außerordentlich wichtige Bestimmung aus § 11 Abs. 2 R.G. übernommen, die, daß die Anfechtung der Anordnungen keine aufschiebende Wirkung hat. Ohne eine solche Bestimmung könnte unter Umständen der durch eine ihm unbequeme Maßregel Getroffene die Durchführung einer unerläßlichen Maßregel verschleppen und die ganze Seuchenbekämpfung in Frage stellen. Es ist dadurch unzweifelhaft festgestellt, daß die zur Seuchenbekämpfung erforderlichen Maßregeln unnachsichtlich durchgeführt werden können, gleichgültig ob und welche Beschwerden dagegen erhoben werden. Selbstverständlich wird die Beschwerde ihren Gang gehen, sachgemäß geprüft und erledigt werden, und dem Beschwerdeführer wird sein Recht geschehen, soweit es ohne Beeinträchtigung der Allgemeinheit möglich ist.

2. Beamtete Ärzte.

§ 36 R.G. **Beamtete Ärzte im Sinne dieses Gesetzes sind Ärzte, welche vom Staate angestellt sind oder deren Anstellung mit Zustimmung des Staates erfolgt ist.**

An Stelle der beamteten Ärzte können im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen andere Ärzte zugezogen werden. Innerhalb des von ihnen übernommenen Auftrags gelten die letzteren als beamtete Ärzte und sind befugt und verpflichtet, diejenigen Amtsverrichtungen wahrzunehmen, welche in diesem Gesetz oder in den hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen den beamteten Ärzten übertragen sind.

§ 13 P.G. **Beamtete Ärzte im Sinne des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und des gegenwärtigen Gesetzes sind die Kreisärzte, die Kreisassistenzärzte, soweit sie mit der Stellvertretung von Kreisärzten beauftragt sind, sowie die mit der Wahrnehmung der kreisärztlichen Obliegenheiten beauftragten Stadtärzte in Stadtkreisen,**

die Hafen- und Quarantäneärzte in Hafenorten, außerdem die als Kommissare der Regierungspräsidenten, der Oberpräsidenten oder des Ministers der Medizinalangelegenheiten an Ort und Stelle entsandten Medizinalbeamten.

Die Vorschrift des § 36 Abs. 2 des vorbezeichneten Reichsgesetzes findet auf die in dem § 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Krankheiten entsprechende Anwendung.

A. A. zu § 13 Abs. 2 P.G. Sollen an Stelle der beamteten Ärzte im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten andere Ärzte zugezogen werden, so ist meine Entscheidung einzuholen. Im Falle dringender Notwendigkeit ist ein entsprechender Antrag vom Regierungspräsidenten telegraphisch zu stellen. Dabei sind in erster Linie solche Ärzte in Vorschlag zu bringen, welche die kreisärztliche Prüfung mit Erfolg abgelegt haben.

§ 10 Br.G. Beamtete Ärzte im Sinne des Reichsgesetzes und dieses Gesetzes sind die Herzoglichen Physici.

Die Vorschrift des § 36 Abs. 2 des Reichsgesetzes findet auf die Durchführung des gegenwärtigen Gesetzes entsprechende Anwendung.

Sowohl das Reichs- als auch das preußische Gesetz sprechen wiederholt von beamteten Ärzten. Durch § 36 R.G. wird bestimmt, was unter beamteten Ärzten zu verstehen ist. Es sind solche Ärzte, welche vom Staate angestellt sind, oder deren Anstellung mit Zustimmung des Staates erfolgt ist.

Durch § 13 P.G. wird weiter ausgeführt, welche Ärzte in Preußen als beamtete Ärzte im Sinne des Reichsgesetzes zu betrachten sind. Als solche werden bezeichnet die Kreisärzte, die Kreisassistenzärzte, letztere jedoch nur, wenn und so weit sie mit der Stellvertretung von Kreisärzten ausdrücklich beauftragt sind; ferner in Stadtkreisen die etwa vorhandenen Stadtärzte, jedoch auch nur dann, wenn sie gemäß § 3 des Kreisarztgesetzes ausdrücklich mit der Wahrnehmung der kreisärztlichen Obliegenheiten beauftragt sind; ferner in Hafenorten die etwa vorhandenen Hafen- und Quarantäneärzte; endlich die Medizinalbeamten, welche von den Regierungspräsidenten, dem Oberpräsidenten oder dem Medizinalminister an Ort und Stelle entsandt sind.

Durch § 36 Abs. 2 R.G. wird weiter bestimmt, daß an Stelle der beamteten Ärzte im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen auch andere Ärzte zugezogen werden können, und daß diese innerhalb ihres Auftrags die Rechte und Pflichten der beamteten Ärzte haben. Durch § 13 Abs. 2 P.G. wird diese Vorschrift auf die übertragbaren Krankheiten des preußischen Gesetzes ausgedehnt. Die Verhältnisse, unter welchen andere Ärzte als beamtete Ärzte einzutreten haben, sind z. B. folgende. Wenn innerhalb eines Kreises gleichzeitig an verschiedenen Orten die Ermittelung einer übertragbaren Krank-

heit erforderlich wird, und der Kreisarzt schon physisch nicht in der Lage ist, diese verschiedenen Aufträge zu erfüllen, so wird ein anderer Arzt hiermit zu beauftragen sein, der dann als beamteter Arzt zu gelten hat. Weiter kann nach den Anweisungen des Bundesrats für die Bekämpfung der Cholera und der Pest zur Feststellung der Verdachtsfälle ein besonderer Sachverständiger an Ort und Stelle entsandt werden. Das Gleiche wird unter Umständen bei der Genickstarre, dem Typhus, dem Rückfallfieber erforderlich sein. Die hierbei in Tätigkeit tretenden besonderen Sachverständigen, meist Leiter oder Assistenten von staatlichen Untersuchungsanstalten, werden innerhalb dieses Auftrags als beamtete Ärzte zu gelten haben. Dies ist z. B. regelmäßig der Fall bei den Leitern und Assistenten der für die Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches vorübergehend eingerichteten bakteriologischen Untersuchungsämter.

Um jedoch zu verhüten, daß unnötigerweise andere als die ein für allemal als beamtete Ärzte angestellten Ärzte zur Seuchenbekämpfung herangezogen werden, wird in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 13 in Abs. 2 die Heranziehung anderer Ärzte von der Entscheidung des Ministers abhängig gemacht, welche im Falle dringender Notwendigkeit vom Regierungspräsidenten telegraphisch eingeholt werden darf. Um zu verhindern, daß Ärzte zur Tätigkeit als beamtete Ärzte herangezogen werden, welchen die erforderliche Vorbildung und Erfahrung fehlt, wird weiter bestimmt, daß zur Vertretung beamteter Ärzte nur solche Ärzte in Vorschlag zu bringen sind, welche die kreisärztliche Prüfung mit Erfolg abgelegt haben. Nur insoweit solche Ärzte nicht zur Verfügung stehen, können auch nicht kreisärztlich geprüfte Ärzte hinzugezogen werden. Diese Bestimmung verhindert einerseits eine unsachgemäße Durchführung der Seuchenbekämpfung und ermöglicht andererseits, kreisärztlich geprüfte Ärzte schon vor ihrer Anstellung als Kreisarzt gegebenenfalls zur Seuchenbekämpfung heranzuziehen und sie dadurch für ihren künftigen Beruf vorzubereiten.

III. Kosten.

§ 37 Abs. 2 u. 3 R.G. Die . . . . . . Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

Die Kosten der auf Grund des § 6 angestellten behördlichen Ermittelungen, der Beobachtung in den Fällen des § 12, ferner auf Antrag die Kosten der auf Grund des § 19 polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion und der auf Grund des § 21 angeordneten besonderen Vorsichtsmaßregeln für die

Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten.

Die Bestimmungen über diejenigen Stellen, welche die Kosten der Seuchenbekämpfung zu tragen haben, befinden sich in § 34 und § 37 Abs. 2 und 3 R.G. und in den §§ 25—33 P.G.

Nach § 34 R.G. sind die Kosten der Entschädigungen aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, und es bleibt der landesrechtlichen Regelung vorbehalten, zu bestimmen, von wem die Entschädigungen zu gewähren, und wie dieselbe aufzubringen sind.

Nach § 37 Abs. 2 regelt sich auch die Aufbringung der durch die Abwehr- und Unterdrückungsmaßregeln entstehenden Kosten nach Landesrecht, und es wird durch § 37 Abs. 3 noch ausdrücklich bestimmt, welche von diesen Kosten jedenfalls aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind. Es sind das die Kosten 1) der auf Grund des § 6 R.G. angestellten behördlichen Ermittelungen, 2) der Beobachtung in den Fällen des § 12 R.G., ferner 3) auf Antrag die Kosten der auf Grund des § 19 polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion und 4) auf Antrag die Kosten der auf Grund des § 21 angeordneten besonderen Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen.

Bezüglich dieser speziellen Kosten wird also die Regelung der Gesetzgebung der Bundesstaaten, soweit es sich um die gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsgesetzes handelt, entzogen.

Diese Kosten werden in zwei Gruppen geteilt. Die Kosten der Gruppe 1, nämlich diejenigen der Ermittelungen (§ 6) und der Beobachtung (§ 12), sind unter allen Umständen, die Kosten der Gruppe 2, nämlich diejenigen der Desinfektion (§ 19) und der Behandlung der Leichen (§ 21), dagegen nur auf Antrag aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten.

a) Die laufenden Kosten der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Kosten, welche durch die amtliche Beteiligung des beamteten Arztes und praktischer Ärzte erwachsen.

§ 25 P.G. Die Kosten, welche durch die amtliche Beteiligung des beamteten Arztes bei der Ausführung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, sowie bei der Ausführung des gegenwärtigen Gesetzes entstehen, fallen der Staatskasse zur Last. Das Gleiche ist der Fall, wenn es sich um die ärztliche Feststellung von Scharlach, Körnerkrankheit und Diphtherie handelt (§ 6 Abs. 4).

A. A. zu § 25 P.G. 1. Als amtliche Beteiligung gilt jede Beteiligung des beamteten Arztes, welche ihm durch Gesetz, Dienstanweisung oder durch Einzelauftrag der vorgesetzten Dienstbehörde übertragen ist. Hierher gehört insbesondere seine Tätigkeit gemäß §§ 6—9, 14 Abs. 2 und 3, § 18 des Reichsgesetzes und § 6 Abs. 1—3, § 8 Nr. 1 und 3 des gegenwärtigen Gesetzes.

2. Ärzte, welche gemäß § 6 Abs. 4 des gegenwärtigen Gesetzes mit Feststellung von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach beauftragt worden sind, haben gemäß § 2 der Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 nur Anspruch auf Vergütung nach den niedrigsten Sätzen, da die Zahlung aus Staatsfonds erfolgt.

Die Polizeibehörden haben die bei ihnen infolge der Zuziehung von Ärzten behufs Feststellung einer dieser Krankheiten eingehenden Forderungsnachweise mit einer Bescheinigung darüber, daß es sich um eine Feststellung im Sinne des § 6 Abs. 4 handelt, dem Landrat einzureichen. Dieser veranlaßt eine Prüfung des Forderungsnachweises durch den Kreisarzt und reicht demnächst die Nachweisung gesammelt in der Zeit zwischen dem 1. und 15. Tage jedes Kalendervierteljahres dem Regierungspräsidenten ein.

Die Zahlung an den Arzt hat durch die Ortspolizeibehörde, welche ihn zugezogen hat, zu erfolgen.

Ist der Vorschrift zu § 6 unter Nr. 5 zuwider von der Ortspolizeibehörde nicht der nächst erreichbare Arzt zugezogen worden, und sind hierdurch Mehrkosten entstanden, so hat der Regierungspräsident zu prüfen, ob diese Abweichung gerechtfertigt erscheint. Ist dies nicht der Fall, so ist der Ortspolizeibehörde nur derjenige Betrag zu erstatten, welcher im Falle der Zuziehung des nächst erreichbaren Arztes entstanden sein würde.

§ 20 Br.G. Die Kosten, welche durch die Mitwirkung des beamteten Arztes bei der Durchführung des Reichsgesetzes und des gegenwärtigen Gesetzes entstehen, trägt die Staatskasse.

Über die Kostentragung bei dem Ermittelungsverfahren auf Grund des § 6 R.G. und des § 6 Abs. 1 P.G. verhält sich § 25 P.G., in welchem bestimmt wird, daß die Kosten, welche durch die amtliche Beteiligung des beamteten Arztes bei der Durchführung des Reichs- und des preußischen Gesetzes entstehen, der Staatskasse zur Last fallen, und daß dies auch mit denjenigen Kosten der Fall sein soll, welche durch Feststellung von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach durch Ärzte entstehen.

Auch § 20 Br.G. legt die Kosten, welche durch die Mitwirkung des beamteten Arztes entstehen, der Staatskasse zur Last, wobei zu bemerken ist, daß der Ausdruck „Mitwirkung“ augenscheinlich gleichfalls nur die „amtliche Beteiligung“ treffen soll, da für die privatärztliche Tätigkeit des beamteten Arztes bei Infektionskranken eine Entlohnung aus öffentlichen Mitteln nicht wohl in Frage kommen kann.

Durch diese Regelung wird eine weitgehende Entlastung der örtlichen Polizeibehörden herbeigeführt. Nach § 10 des Regulativs von 1835 hatten nämlich die Polizeibehörden die Pflicht, die ersten Fälle ansteckender Krankheiten ärztlich untersuchen zu lassen, und waren die Kosten von der Gemeinde als ortspolizeiliche Kosten zu tragen. Eine Beteiligung des Staates an der Kostentragung er-

folgte nur, wenn der Landrat oder der Regierungspräsident nach der von der Ortspolizeibehörde bewirkten ersten ärztlichen Feststellung durch einen nicht beamteten Arzt eine Untersuchung durch den zuständigen Medizinalbeamten für erforderlich hielt. Gegenwärtig fällt der gesamte mit der Ermittelung und Feststellung der übertragbaren Krankheiten verbundene Aufwand der Staatskasse zur Last. Das Gleiche soll nun auch von sämtlichen Kosten gelten, welche überhaupt durch die Beteiligung des beamteten Arztes bei der Anordnung, Leitung und Überwachung der Schutzmaßregeln gegen die übertragbaren Krankheiten entstehen.

Nach den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 25 P.G. gilt als „amtliche Beteiligung" jede Mitwirkung des beamteten Arztes, welche ihm durch Gesetz, Dienstanweisung oder Einzelauftrag der vorgesetzten Dienstbehörde (auch des Landrats, obwohl dieser nicht zu den Vorgesetzten des Kreisarztes gehört) übertragen ist. Durch diese Verteilung der Kosten wird zwar die Staatskasse erheblich belastet, andererseits aber die Sicherheit der Seuchenbekämpfung wesentlich gefördert, da nun nicht mehr wie früher die Ortspolizeibehörden der Versuchung unterliegen können, aus Furcht vor allzugroßen Kosten nicht eine sachgemäße Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten in die Wege zu leiten.

Bezüglich der Höhe der Kosten versteht es sich von selbst, daß sie, soweit es sich um beamtete Ärzte handelt, unter die Bestimmungen des Gesetzes von 1876 fallen. Die praktischen Ärzte dagegen haben nach den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 25 Abs. 1 Ziff. 2 gemäß § 2 der Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 zu liquidieren, und zwar haben sie nur Anspruch auf Vergütung nach den niedrigsten Sätzen, da die Zahlung aus Staatsfonds erfolgt.

Bei solchen Krankheiten dagegen, bei denen die Feststellung auch durch nicht beamtete Ärzte erfolgen darf, haben auch die beamteten Ärzte nicht nach dem Gesetz von 1876, sondern nach der Gebührenordnung von 1896 zu liquidieren.

Über die Art, wie mit den Liquidationen zu verfahren, enthalten die Ausführungsbestimmungen zu § 25 Abs. 2, 3 und 4 das Nähere. Hiernach haben die Polizeibehörden die bei ihnen eingehenden Forderungsnachweise von Ärzten mit einer Bescheinigung darüber, daß es sich um eine Feststellung im Sinne des § 6 Abs. 4 handelt, dem Landrat einzureichen, welcher sie, nach Prüfung durch den Kreisarzt, zwischen dem 1. und 15. Tage jedes Kalendervierteljahres dem Regierungspräsidenten einzureichen hat. Die Zahlung an den Arzt hat durch die Ortspolizeibehörde, welche ihn zugezogen hat, zu erfolgen.

Sind dadurch, daß eine Ortspolizeibehörde ohne Grund nicht den nächst erreichbaren, sondern einen ferner wohnenden Arzt zur Fest-

stellung einer übertragbaren Krankheit zugezogen hat, Mehrkosten entstanden, so hat der Regierungspräsident zu prüfen, ob diese Abweichung gerechtfertigt erscheint, und unter Umständen den Betrag auf diejenige Summe zu kürzen, welche im Falle der Zuziehung des nächst erreichbaren Arztes zu zahlen sein würde. Durch diese Bestimmung soll verhütet werden, daß eine Ortspolizeibehörde einen ihr genehmen Arzt in unzulässiger Weise bevorzugt.

2. Die sonstigen laufenden Kosten der Seuchenbekämpfung.

§ 26 P. G. Im übrigen findet die Vorschrift des § 37 Abs. 3 R.G., betreffend die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten, auf diejenigen Fälle, in welchen die daselbst bezeichneten Schutzmaßregeln auf Grund der Bestimmungen des gegenwärtigen Gesetzes angeordnet werden, mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, daß die Kosten der Desinfektion und der besonderen Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen nur dann aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, wenn nach Feststellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese Kosten nicht zu tragen vermag. Unter den gleichen Voraussetzungen sind die Kosten, welche durch die nach § 8 des gegenwärtigen Gesetzes oder nach § 14 des vorbezeichneten Reichsgesetzes vorgesehene Absonderung in Krankenhäusern oder in anderen geeigneten Unterkunftsräumen entstehen, aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, wenn die abgesonderten Personen während der Dauer der Absonderung nicht in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise erkranken. Wegen der Anfechtung der hierüber ergangenen Entscheidung findet die Vorschrift des § 15 Abs. 2 Anwendung.

Wem die nach dem vorbezeichneten Reichsgesetze und nach dem gegenwärtigen Gesetze aus öffentlichen Mitteln zu bestreitenden Kosten und Entschädigungen einschließlich der den Sachverständigen nach § 21 des gegenwärtigen Gesetzes zu erstattenden baren Auslagen und die sonstigen Kosten der Ausführung der Schutzmaßregeln zur Last fallen, bestimmt sich, soweit das gegenwärtige Gesetz nicht ein anderes vorschreibt, nach den Vorschriften des bestehenden Rechts.

§ 19 Abs. 1 u. 2 Br.G. Die Vorschrift des § 37 Abs. 3 des Reichsgesetzes findet auf diejenigen Fälle, in denen die daselbst bezeichneten Maßregeln auf Grund der Bestimmungen dieses Gesetzes angeordnet werden, entsprechende Anwendung, jedoch

nur mit der Maßgabe, daß die Kosten der Desinfektion und der besonderen Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung usw. der Leichen nur dann auf Antrag des Zahlungspflichtigen auf öffentliche Kosten zu bestreiten sind, wenn letzterer diese Kosten ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts nicht zu tragen vermag.

Ingleichen sind die Kosten, welche durch die in § 18 des Reichsgesetzes vorgeschriebene Darbietung anderer Unterkunft verursacht werden, auch in den Fällen, in denen von dieser Maßnahme auf Grund der Bestimmungen des gegenwärtigen Gesetzes Gebrauch gemacht wird, aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten; die weitergehenden mit der Anordnung ebenderselben Maßnahmen verbundenen Anforderungen sind auf Antrag dann aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, wenn der Zahlungspflichtige die Aufwendungen ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts nicht zu tragen vermag.

Es ist zunächst zu prüfen, welche Kosten unter die Bestimmung des § 37 Abs. 3 R.G. fallen.

a) Die Kosten der Beobachtung gemäß § 12 R.G.

§ 12 R.G. kann doppelte Kosten verursachen, nämlich einmal diejenigen, die durch die polizeilich angeordnete Beobachtung an sich entstehen — d. h. die Bezahlung der Ärzte und sonstigen Beamten, welche die Kranken, krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen auf Anordnung der Polizeibehörde besuchen, sie bei Beschränkung der Wahl des Aufenthaltes oder der Arbeitsstätte überwachen, die Fuhrkosten bei der Überführung in ein Krankenhaus usw. — und zweitens diejenigen, welche dadurch erwachsen, daß gemäß §§ 28 und 34 R.G. den behufs Beobachtung abgesonderten Personen, falls sie der Invalidenversicherung unterliegen, Entschädigungen zu zahlen sind.

Da § 28 R.G. auf die Krankheiten des preußischen Gesetzes nicht für anwendbar erklärt ist, sind die beiden vorstehend gekennzeichneten Arten von Kosten aus § 12 R.G. nur bei den sechs Krankheiten des Reichsgesetzes aus öffentlichen Mitteln zu gewähren, während dies bei den übrigen übertragbaren Krankheiten nur bezüglich der Kosten der erstgenannten Art gilt.

Nach dem braunschweigischen Gesetze sind nicht nur bei den „gemeingefährlichen", sondern auch bei den übrigen übertragbaren Krankheiten beide Arten von Kosten aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten.

b) Die Kosten der Absonderung gemäß § 14 R.G.

Von den Kosten, welche durch die Absonderung von Kranken, krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen auf Grund des § 14 R.G. entstehen, sind nach §§ 28 und 34 R.G. nur diejenigen aus öffentlichen Mitteln zu gewähren, welche durch die Entschädigung invalidenversicherungspflichtiger Personen bei der Überführung in ein Krankenhaus erwachsen. — Bezüglich der übrigen, durch die Absonderung entstehenden Kosten sieht § 37 R.G. eine Übernahme auf öffentliche Mittel nicht vor.

Das preußische Gesetz nimmt einen ganz anderen Standpunkt ein. Einerseits lehnt es die Übernahme der vorstehend bezeichneten Entschädigungen auf öffentliche Mittel ab, da ja § 28 R.G. auf die Krankheiten des preußischen Gesetzes nicht für anwendbar erklärt worden ist. Andererseits schreibt es vor, daß die Kosten, welche durch die nach § 8 P.G. oder nach § 14 R.G. vorgesehene Absonderung in Krankenhäusern oder in anderen geeigneten Unterkunftsräumen entstehen, aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, „wenn die abgesonderten Personen während der Dauer der Absonderung nicht in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise erkranken“, und „wenn nach Feststellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese Kosten nicht zu tragen vermag“. Die Absicht dieser Bestimmung, welche erst bei der Beratung im Abgeordnetenhause in das Gesetz hineingekommen ist, war, daß Personen, welche wegen Rotz-, Rückfallfieber- oder Typhusverdachtes auf polizeiliche Anordnung in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Aufenthaltsraum übergeführt worden sind, bei denen sich aber nachträglich herausstellt, daß sie nicht an Rotz, Rückfallfieber oder Typhus, sondern an einer anderen Krankheit leiden, keinerlei Unkosten durch die Überführung haben sollen, weil die Überführung zu Unrecht erfolgt ist.

Ob diese Absicht durch den Wortlaut der Bestimmung klar zum Ausdruck gebracht worden ist, muß allerdings zweifelhaft erscheinen. Es will mir scheinen, als ginge dieser Wortlaut über das Gewollte weit hinaus und könnte zu Konsequenzen führen, an welche die Antragsteller im Abgeordnetenhause auch nicht im entferntesten gedacht haben. Dies möge ein Beispiel veranschaulichen. Gemäß § 8 Ziff. 9 können Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, wegen Syphilis, Tripper und Schanker abgesondert werden. Diese Personen pflegen aber während der Dauer des Absonderns fast nie „in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise“ zu erkranken, da ja der Syphilitische und der Tripperkranke arbeiten kann, sie werden aber andererseits die Kosten der Absonderung fast nie „ohne Beeinträch-

tigung des ..... Unterhalts" zu tragen vermögen, da sie ja das Unzuchtgewerbe, von welchem sie leben, während ihrer Absonderung nicht fortsetzen können. Die Bestimmung gewährt also, wie man sieht, die gesetzliche Unterlage für die uuentgeltliche Behandlung der Prostituierten im Krankenhause, was der Gesetzgeber zweifellos nicht beabsichtigt hat.

c) Die Kosten der Räumung von Wohnungen.

Die Kosten der gänzlichen oder teilweisen Räumung von Wohnungen und Gebäuden auf Grund des § 18 R.G. und des § 8 Ziff. 6, 7 und 10 P.G., insoweit als den betroffenen Bewohnern anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich geboten werden muß, sind in Preußen aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Dies kann nicht nur bei den sechs Krankheiten des Reichsgesetzes, sondern auch bei Rückfallfieber, Ruhr und Typhus in Frage kommen.

In Brauuschweig kann diese Maßregel bei sämtlichen übertragbaren Krankheiten angeordnet werden, und fallen bei allen die durch Darbietung unentgeltlicher Unterkunft erwachsenden Kosten den öffentlichen Mitteln zur Last. Außerdem kanu der Betroffene darüber hinaus Erstattung seiner durch die Maßregel entstehenden Unkosten aus öffentlicheu Mitteln beantragen, wenn er nachweisen kann, daß er diese Kosten ohne Beeinträchtigung seines Unterhalts nicht zu tragen vermag.

d) Die Kosten der Desinfektion.

Auch die Desinfektion verursacht zwei verschiedene Arten von Kosten, einmal die Kosten der Entschädigungen aus §§ 29 bis 33 R.G. und §§ 14 und 16 bis 24 P.G., und zweitens die durch die Vornahme der Desinfektion selbst entstehenden Kosten. Letztere sind gemäß § 37 Abs. 3 R.G. bei den sechs gemeingefährliehen Krankheiten unbedingt, also auch bei durchaus zahlungsfähigen Personen aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, vorausgesetzt, daß der Zahlungspflichtige den Ersatz dieser Kosten beantragt. Bei den übrigen übertragbaren Krankheiten ist nach § 26 Abs. 1 P.G. die Stellung des Antrages auf Ersatz dieser Kosten nur dann zulässig, „wenn nach Feststellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Uuterhalts diese Kosten nicht zu tragen vermag".

Auch hier ergibt sich wieder ein etwas merkwürdiges Verhältnis. Wird eine Desinfektion z. B. wegen Cholera oder Pest polizeilich angeordnet, so darf der Besitzer der zu desinfizierenden Gegenstäude, Wohnung usw. die unentgeltliche Ausführung der Desinfektion beantragen; findet die polizeilich angeordnete Desinfektion dagegen wegen Genickstarre oder Typhus statt, so bleibt der Besitzer der

betreffenden Gegenstände usw. unter allen Umständen zahlungspflichtig, wenn er nicht nachweisen kann, daß er die Kosten der Desinfektion nicht zu tragen vermag. Dieser Nachweis — es handelt sich ja in der Regel nur um bescheidene Beträge — wird in der Praxis nur selten zu erbringen sein. Der Grund für diese verschiedenartige Behandlung derselben Sache bei verschiedenen Krankheiten ist schwer zu begreifen. Es wäre daher erfreulich gewesen, wenn auch das preußische Gesetz sich grundsätzlich für die Übernahme aller Kosten der Desinfektion auf öffentliche Mittel ausgesprochen hätte.

In Braunschweig ist die Kostentragung dieselbe wie in Preußen.

e) Die Kosten der Vorsichtsmaßregeln bei Leichen.

Die Kosten der besonderen Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen sind nach § 37 Abs. 3 R.G. ebenso wie diejenigen der Desinfektion dem Zahlungspflichtigen nur auf Antrag zu ersetzen. Aber auch hier hat § 26 Abs. 1 P.G. den widerspruchsvollen Zustand geschaffen, daß bei den sechs Krankheiten des Reichsgesetzes jeder, auch der Wohlhabende, zur Stellung des Antrages berechtigt ist, während dies bei den übrigen übertragbaren Krankheiten nur dann der Fall ist, wenn der Zahlungspflichtige diese Kosten nicht ohne Beeinträchtigung des Unterhalts zu tragen vermag.

Eine nähere Erklärung, wem nun eigentlich die aus öffentlichen Mitteln zu bestreitenden Kosten und Entschädigungen zur Last fallen, enthält § 26 P.G. nicht. Der wiederholt und mit großem Nachdruck geäußerte Wunsch des Landtags, hier eine grundlegende Erläuterung zu geben, erwies sich als undurchführbar. Man beschränkte sich infolgedessen auf die Bestimmung, daß die Tragung dieser Kosten nach den Vorschriften des bestehenden Rechts zu erfolgen habe.

Es ist anzunehmen, daß mit der Zeit sich bei der Durchführung der Seuchengesetze allmählich eine klare Abgrenzung dessen, welche als landespolizeiliche bezw. als ortspolizeiliche Kosten zu betrachten sind, herausbilden wird; in Zweifelsfällen werden Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts herbeizuführen sein.

In Braunschweig ist die Tragung der Kosten ebenso geregelt wie in Preußen.

3. Tragung der laufenden Kosten in leistungsschwachen Gemeinden unter 5000 Einwohnern.

§ 27 P.G. Übersteigen die nach diesen Vorschriften einer Gemeinde mit weniger als 5000 Einwohnern zur Last fallenden Kosten in einem Etatsjahre 5 Proz. des nach den Vorschriften des Kommunalabgabengesetzes der Gemeindebesteuerung zu Grunde zu legenden Veranlagungssolls an Staatseinkommensteuer ein-

schließlich der fingierten Normalsteuersätze (§ 38 des Kommunalabgabengesetzes, § 74 des Einkommensteuergesetzes), so ist der Mehrbetrag der Gemeinde auf ihren Antrag zu zwei Dritteilen vom Kreise zu erstatten.

Die Erstattung findet jedoch nur dann statt, wenn entweder der Bedarf an direkten Gemeindesteuern einschließlich der in Geld zu veranschlagenden Naturaldienste mehr als das Ein- und einhalbfache des seiner Verteilung zu Grunde zu legenden Veranlagungssolls an Einkommensteuer (einschließlich der fingierten Normalsteuersätze) und Realsteuern betrug, oder wenn diese Belastungsgrenze durch die geforderte Leistung überschritten wird. Liegt die Unterhaltung der öffentlichen Volksschulen besonderen Schulsozietäten ob, so sind die von den Angehörigen der Gemeinde an diese Sozietäten entrichteten baren Abgaben dem Gemeindesteuerbedarf hinzuzurechnen.

Den Kreisen ist die Hälfte der in Gemäßheit der vorstehenden Vorschrift geleisteten Ausgaben vom Staate zu erstatten.

Streitigkeiten zwischen den Gemeinden und den Kreisen über die zu erstattenden Beträge unterliegen der Entscheidung im Verwaltungsstreitverfahren. Zuständig in erster Instanz ist der Bezirksausschuß, in zweiter das Oberverwaltungsgericht.

A. A. zu § 27 P.G. I. Will eine Gemeinde wegen der ihr in einem Etatsjahre erwachsenen Kosten einen Erstattungsanspruch auf Grund dieser Vorschrift erheben, so hat alsbald nach Ablauf dieses Etatsjahres der Gemeindevorstand eine Nachweisung an den Vorsitzenden des Kreisausschusses einzureichen, aus welcher sich ergibt:

1. die Einwohnerzahl, berechnet nach der letzten Volkszählung;
2. die Art und Höhe der hierhergehörigen Kosten; dabei ist streng darauf zu achten, daß nur die nach §§ 26 und 27 des Gesetzes den Gemeinden zur Last fallenden Kosten Aufnahme finden, nicht aber die aus § 29 ihnen erwachsenden oder solche Kosten, welche anderen Trägern rechtlich obliegen:
3. die in der Gemeinde umlagefähigen Sollbeträge an Einkommensteuer, einschließlich der fingierten Normalsteuersätze, sowie an Grund-, Gebäude-, Gewerbe- und Betriebssteuer;
4. das etatsmäßige direkte Gemeindesteuersoll — d. h. der ziffermäßige Betrag der Zuschläge zur Einkommen-, Grund-, Gebäude-, Gewerbe- und Betriebssteuer bezw. der veranlagten besonderen direkten Gemeindesteuern;
5. die Art, der Umfang und der Geldwert der Naturaldienste, welche etatsmäßig oder nach den Gemeindebeschlüssen zu leisten waren;
6. falls die Schulabgaben nicht bereits in den allgemeinen Gemeindeabgaben enthalten, sondern als Sozietätslasten erhoben worden sind, die Höhe der etatsmäßigen Schulabgaben.

Die Angabe zu 2 ist durch die betreffenden Rechnungsbeläge, die Angaben zu 3—6 durch den Gemeindehaushaltsetat bezw. Schulhaushaltsetat des Jahres, in welchem die Kosten entstanden sind, sowie durch eine Bescheinigung des Gemeindevorstandes, daß die Anforderung an Gemeindesteuern, Naturaldiensten und gegebenenfalls Schulabgaben in der angegebenen Höhe bezw. Bewertung für das genannte Jahr tatsächlich erfolgt ist, zu belegen.

III. Nach Prüfung der Unterlagen hat der Vorsitzende des Kreisausschusses das Weitere bezüglich der Herbeiführung eines Beschlusses über die teilweise Erstattung der Kosten durch den Kreis zu veranlassen.

IV. Ist eine Erstattung seitens des Kreises an eine Stadt- oder Landgemeinde erfolgt, so reicht der Vorsitzende des Kreisausschusses die gesamten Unterlagen an den Regierungspräsidenten mit dem Antrage auf Erstattung der Hälfte der gezahlten Summe ein. Der Regierungspräsident hat dem Antrage stattzugeben, soweit eine genaue Prüfung der Unterlagen die Berechtigung der vom Kreise gezahlten Erstattungssumme ergibt.

Wird gegen einen Kreis von einer Gemeinde Klage im Verwaltungsstreitverfahren gemäß Abs. 4 des § 27 erhoben, so hat der Kreis die Beiladung des Regierungspräsidenten als Vertreter des Fiskus zu beantragen. Sollte der Kreis dies verabsäumen, so wird sich die Beiladung von Amts wegen gemäß § 70 des Landesverwaltungsgesetzes empfehlen. Ist die Zahlungspflicht des Kreises nach Beiladung des Regierungspräsidenten durch rechtskräftiges Urteil festgestellt, so genügt lediglich die Vorlegung einer mit der Bescheinigung der Rechtskraft versehenen Urteilsausfertigung. In diesem Falle hat die Erstattung der Hälfte der im Urteil festgestellten Summe ohne weiteres zu erfolgen.

§ 20 Abs. 2 u. 3 Br.G. . . . . . Die Gemeinden erhalten die Hälfte der ihnen gemäß dieser Vorschrift erwachsenen Ausgaben aus der Staatskasse erstattet.

Wenn der darauf endgültig von der Gemeinde zu tragende Kostenanteil sich als eine übergroße Belastung der Gemeindekasse darstellt, so kann nach Entscheidung des Herzoglichen Staatsministeriums und auf Antrag der betreffenden Gemeinde ein weiterer Kostenanteil auf die Staatskasse übernommen werden.

Die Überzeugung, daß die Kosten, welche nach dem Gesetz den Gemeinden zur Last fallen, unter Umständen, namentlich bei dem Auftreten einer größeren Epidemie, die Leistungsfähigkeit einer Gemeinde schwer schädigen können, war die Veranlassung für die Aufnahme des § 27 P.G., nach welchem diese Kosten, wenigstens teilweise, auf breitere Schultern abgewälzt werden können.

Diese Möglichkeit rechtfertigt sich dadurch, daß ärmere Gemeinden mit viel mehr Freudigkeit und Tatkraft an die Bekämpfung der Seuchen herangehen werden, wenn sie darauf rechnen dürfen, wenigstens einen Teil der durch die Seuchenbekämpfung entstehenden Kosten ersetzt zu erhalten.

Allerdings beschränkt sich das Recht auf eine teilweise Kostenerstattung nur auf Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern. Auch soll nicht ein Teil der gesamten durch die Seuchenbekämpfung entstehenden Kosten erstattet werden, sondern nur ein Teil desjenigen Betrages, welcher einen im Gesetz näher erläuterten Steuersatz überschreitet. Von diesem Teilbetrag sollen zwei Dritteile vom Kreise und hiervon wieder die Hälfte vom Staate getragen werden.

Vorschriften über Festsetzung und Auszahlung des zu erstattenden Betrages enthalten die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 27.

Nach Ziff. I hat eine Gemeinde, welche einen Erstattungsanspruch erheben will, alsbald nach Ablauf des Etatsjahres eine Nachweisung an den Vorsitzenden des Kreisausschusses einzureichen, aus welcher sich die Einwohnerzahl, die Art und Höhe der Kosten, die in der Gemeinde umlagefähigen Sollbeträge an Einkommensteuer usw., das etatsmäßige direkte Gemeindesteuersoll, die Art, der Umfang und der Geldwert der geleisteten Naturaldienste und geeignetenfalls die Höhe der etatsmäßigen Schulabgaben ergibt. Nach Ziff. III hat der Vorsitzende des Kreisausschusses die Unterlagen zu prüfen und einen Beschluß des Kreisausschusses über die teilweise Erstattung der Kosten durch den Kreis zu veranlassen. Nach Ziff. IV hat der Vorsitzende, falls die Erstattung seitens des Kreises beschlossen ist, die gesamten Unterlagen an den Regierungspräsidenten mit dem Antrag auf Erstattung der Hälfte der gezahlten Summen einzureichen, und dieser nach Prüfung der Unterlagen, soweit diese die Berechtigung der vom Kreise gezahlten Erstattungssumme ergeben, dieselbe auszahlen zu lassen.

Die Beteiligung des Staates an der Tragung der ortspolizeilichen Kosten der Seuchenbekämpfung ist in Braunschweig größer als in Preußen. Einmal findet eine Teilung der Kosten zwischen Gemeinde und Staat in allen Gemeinden ohne Rücksicht auf Einwohnerzahl und Leistungsfähigkeit statt, und zweitens kann der Staat in leistungsschwachen Gemeinden auf Antrag noch mehr als die Hälfte der Kosten auf die Staatskasse übernehmen. Eine Beteiligung der weiteren Kommunalverbände (Kreise) an der Kostentragung wie in Preußen findet dagegen in Braunschweig nicht statt.

4. Tragung der laufenden Kosten in leistungsschwachen Gutsbezirken.

§ 27 Abs. 5 P.G. Den Gutsbezirken kann im Falle ihrer Leistungsunfähigkeit ein entsprechender Teil der aufgewendeten Kosten vom Kreise erstattet werden. Dem Kreise ist die Hälfte der demgemäß geleisteten Ausgaben vom Staate zu erstatten.

§ 28 P.G. Steht ein Gutsbezirk nicht ausschließlich im Eigentum des Gutsbesitzers, so ist auf dessen Antrag ein Statut zu erlassen, welches die Aufbringung der durch das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und das gegenwärtige Gesetz entstehenden Kosten anderweit regelt und den mitheranzuziehenden Grundbesitzern oder Einwohnern eine entsprechende Beteiligung bei der Beschlußfassung über die Ausführung der erforderlichen Leistungen einräumt.

Das Statut wird nach Anhörung der Beteiligten durch den Kreisausschuß festgestellt und muß hinsichtlich der Beitrags-

pflicht den gesetzlichen Bestimmungen über die Verteilung der Kommunallasten in den ländlichen Gemeinden folgen. Dasselbe unterliegt der Bestätigung des Bezirksausschusses.

II. Für einen Gutsbezirk, welcher einen entsprechenden Erstattungsantrag stellen will, hat der Gutsvorsteher gleichfalls alsbald nach Ablauf des betreffenden Etatsjahres eine Nachweisung an den Vorsitzenden des Kreisausschusses einzureichen, aus welcher sich ergibt:

1. die Höhe der hierhergehörigen Kosten (vergl. unter I, 2);
2. die Höhe der Einkommensteuer und Ergänzungssteuer sowie der staatlich veranlagten Realsteuern des Besitzers des Gutsbezirks;
3. die Höhe der Kreis- und Amtsabgaben, zu welchen der Besitzer herangezogen worden ist;
4. die Höhe der kommunalen Aufwendungen des Gutsbesitzers für Volksschule, Armen- und Wegewesen, einschließlich der gesondert nachzuweisenden und zu schätzenden Naturallasten;
5. im Falle des Bestehens statutarischer Bestimmungen über die Beteiligung von Gutsinsassen an den Kosten der Seuchenpolizei (§ 28 des gegenwärtigen Gesetzes) die Höhe dieser Beiträge sowie die Belastung der Gutsinsassen mit Armen- (§ 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 8. März 1871 — G.S. S. 130 —), Schul-, Kreis- und Provinziallasten.

Die Angaben zu 1 sind durch die Rechnungsbeläge, die Angaben zu 2 und 3 durch die Veranlagungsschreiben, diejenigen zu 5 durch die Einnahmebeläge zu begründen, die sonstigen Angaben sind von dem Gutsvorsteher, und wenn dieser selbst der Gutsbesitzer ist, von seinem Stellvertreter, als der Wahrheit entsprechend zu bescheinigen. Alle Angaben haben sich auf dasjenige Etatsjahr zu beziehen, in welchem die Kosten (zu I) entstanden sind.

III. Nach Prüfung der Unterlagen hat der Vorsitzende des Kreisausschusses das Weitere bezüglich der Herbeiführung eines Beschlusses über die teilweise Erstattung der Kosten durch den Kreis zu veranlassen. Dabei hat im Falle eines von einem Gutsbezirk ausgehenden Antrages tunlichst eine entsprechende Anwendung der Abs. 1 und 2 des § 27 zu erfolgen.

V. Hat ein Kreis einem Gutsbezirk auf Grund des § 27 Abs. 5 eine Zahlung geleistet, so ist dem Antrage auf Erstattung der Hälfte ein eingehender Nachweis darüber beizufügen, daß der Gutsbezirk tatsächlich leistungsunfähig ist, und daß sich die Beihilfe in denjenigen Grenzen gehalten hat, innerhalb deren ein Erstattungsanspruch seitens einer Landgemeinde unter 5000 Einwohnern nach den Vorschriften des § 27 Abs. 1 besteht. Nur insoweit diese Nachweise als erbracht zu erachten sind, hat der Regierungspräsident dem Erstattungsantrage stattzugeben.

Denselben Erstattungsanspruch wie den leistungsschwachen Gemeinden unter 5000 Einwohnern gesteht § 27 Abs. 5 P.G. leistungsschwachen Gutsbezirken zu.

§ 28 P.G. hat den Zweck, einen Gutsbesitzer, welcher nicht der ausschließliche Besitzer eines Gutsbezirkes ist, bezüglich der Tragung der Kosten, welche durch die Seuchenbekämpfung entstehen, dadurch zu entlasten, daß ihm das Recht verliehen wird, dieselben teilweise auf die übrigen im Gutsbezirke vorhandenen Einwohner abzuwälzen. Falls ein Gutsbesitzer dieses wünscht, hat er beim Kreisausschuß den Erlaß eines Statuts zu beantragen, welches die Aufbringung der durch die Seuchenbekämpfung erwachsenden Kosten regelt. Der Kreisausschuß hat vor Erlaß des Statuts die Beteiligten zu hören und dasselbe dann dem Bezirksausschuß zur Bestätigung vorzulegen.

Ein Gutsbesitzer, welcher einen Erstattungsantrag stellen will, hat nach Ablauf des betreffenden Etatsjahres eine Nachweisung an den Kreisausschuß einzureichen, aus welcher die Art und Höhe der Kosten, die Höhe der Steuern des Besitzers, die Höhe seiner Kreis- und Amtsabgaben, die Höhe seiner kommunalen Anforderungen für Volksschulen, Armen- und Wegelasten, endlich im Falle des Bestehens statutarischer Bestimmungen über die Beteiligung von Gutsinsassen an den Kosten der Seuchenbekämpfung die Höhe dieser Beiträge, sowie ihre Belastung mit Schul-, Armen-, Kreis- und Provinzialabgaben sich ergibt.

Ein ähnlicher Erstattungsanspruch wie in Preußen steht leistungsschwachen Gutsbezirken in Braunschweig nach dem Gesetz nicht zur Seite.

b) Die Kosten für dauernde Einrichtungen zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Pflicht der Gemeinden, die Einrichtungen zu treffen und zu unterhalten.

§ 29 P.G. Die Gemeinden sind verpflichtet, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der übertragbaren (§ 1 Abs. 1) Krankheiten notwendig sind, zu treffen und für deren ordnungsmäßige Unterhaltung zu sorgen.

Die Kreise sind befugt, diese Einrichtungen an Stelle der Gemeinden zu treffen und zu unterhalten.

A. A. zu § 29 P.G. Einrichtungen im Sinne des § 29 sind lediglich solche, welche zur Durchführung der in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes in Verbindung mit den §§ 12—19 und 21 des Reichsgesetzes vorgesehenen Schutzmaßregeln erforderlich sind, also insbesondere: Beobachtungs- und Absonderungsräume, Unterkunftsstätten für Kranke, Desinfektionsapparate, Beförderungsmittel für Kranke und Verstorbene, Räume zur Aufbewahrung von Leichen und Beerdigungsplätze, sei es, daß diese Einrichtungen dauernd, sei es, daß sie nur vorübergehend für die Dauer einer Krankheitsgefahr getroffen werden. Nicht dagegen gehören hierher die der regelmäßigen Krankenpflege dienenden oder die im § 35 des Reichsgesetzes aufgeführten Einrichtungen zur allgemeinen Verbesserung der hygienischen Verhältnisse (Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser, Fortschaffung der Abfallstoffe).

Da die Einrichtungen im Sinne des § 29 für einzelne kleinere Gemeinden unverhältnismäßig hohe Aufwendungen erfordern würden und vielfach unbeschadet ihrer Wirksamkeit für eine größere Anzahl von Gemeinden zusammen getroffen werden können, so wird es in der Regel zweckmäßig sein, daß entweder nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften Zweckverbände zu diesem Behufe gebildet werden, oder daß die Kreise von der in Abs. 2 ausdrücklich anerkannten Befugnis Gebrauch machen, wie dies bereits bisher in weitem Umfange geschehen ist.

Wegen der Bereitstellung von Baracken durch den Preußischen Landesverein vom Roten Kreuz bei Epidemien von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, Diphtherie, Körnerkrankheit, Ruhr, Scharlach und Typhus verweise ich auf die zufolge des Ministerialerlasses vom 25. März 1905 (Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 175 ff.) hierüber abgeschlossenen Verträge.

§ 23 Br.G. **Die Gemeinden sind verpflichtet, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen und der in diesem Gesetz bezeichneten übertragbaren Krankheiten notwendig sind, schon zu seuchenfreien Zeiten zu treffen und für deren ordnungsmäßige Unterhaltung zu sorgen, sie können hierzu nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit im Aufsichtswege angehalten werden.**

§ 24 Br.G. **Die Kreiskommunalverbände sind verpflichtet, den Gemeinden zu den ihnen aus § 23 erwachsenden Kosten nach Maßgabe der Leistungsfähigkeit derselben Beihilfen zu gewähren, sofern die Beschaffung der bezeichneten Einrichtungen von den Verbänden nicht selbst übernommen wird.**

§ 29 P.G. enthält die Ausführungsbestimmungen zu § 23 R.G., doch besteht hier, worauf bereits hingewiesen wurde, ein Unterschied insofern, als nach § 23 R.G. die zuständige Landesbehörde die Gemeinde oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten kann, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten notwendig sind, zu treffen, während durch § 29 P.G. den zuständigen Landesbehörden bezüglich der übrigen übertragbaren Krankheiten die gleiche Befugnis nur gegenüber den Gemeinden erteilt wird.

Es wird jedoch in Abs. 2 von § 29 noch hinzugefügt, daß die Kreise befugt sind, diese Einrichtungen an Stelle der Gemeinden zu treffen und zu unterhalten. Der Grund für diese verschiedene Behandlung liegt offenbar darin, daß die gemeingefährlichen Krankheiten, als exotische und seltener bei uns auftretende, Einrichtungen erheischen, welche über den Rahmen der einzelnen Gemeinde hinausgehen, so daß da in der Regel die weiteren Kommunalverbände eintreten haben werden, während die übrigen übertragbaren Krankheiten, als der Mehrzahl nach endemische, mehr in den Bereich der Einzelgemeinde fallen. Übrigens braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden, daß diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten getroffen werden, selbstverständlich auch für die übrigen übertragbaren Krankheiten nutzbar gemacht werden können, und umgekehrt. Eine Gemeinde, welche sich für die Bekämpfung der Krankheiten des preußischen Gesetzes ausreichend rüstet, wird daher in der Regel auch für den Fall des Auftretens einer gemeingefährlichen Krankheit gewappnet sein.

In dem Entwurf zum preußischen Gesetz war vorgesehen, die

Gemeinden sollten dazu angehalten werden können, die betreffenden Einrichtungen schon zu seuchenfreien Zeiten zu treffen; damit wurde bezweckt, daß die Einrichtungen von langer Hand vorbereitet, und die Kosten auf einen größeren Zeitraum verteilt werden könnten. Leider ist bei der Beratung im Landtage dieser Zusatz gefallen.

§ 23 Br.G., welches diesen Zusatz aus dem preußischen Entwurf herübergenommen hat, zeichnet sich infolgedessen vor § 29 P.G. aus.

2. Anordnung zur Beschaffung von Einrichtungen gemäß § 29.

§ 30 P.G. Die Anordnung zur Beschaffung der in § 29 bezeichneten Einrichtungen erläßt die Kommunalaufsichtsbehörde.

Gegen die Anordnung findet innerhalb zwei Wochen die Beschwerde und zwar bei Landgemeinden an den Kreisausschuß, in den Hohenzollernschen Landen an den Amtsausschuß, bei Stadtgemeinden an den Bezirksausschuß und mit Ausnahme der Hohenzollernschen Lande in weiterer Instanz an den Provinzialrat statt. Wird die Beschwerde auf die Behauptung mangelnder Leistungsfähigkeit zur Ausführung der Anordnung gestützt, so ist auch über die Höhe der von der Gemeinde zu gewährenden Leistung zu beschließen. Gegen die Entscheidung des Provinzialrats, in den Hohenzollernschen Landen gegen die Entscheidung des Bezirksausschusses, steht den Parteien die Klage im Verwaltungsstreitverfahren innerhalb derselben Frist beim Oberverwaltungsgericht zu. Auf diese Klage findet die Vorschrift des § 127 Abs. 3 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 entsprechende Anwendung. Sofern die Provinz an den Kosten teilzunehmen hat, steht die Beschwerde bezw. Klage auch der Provinzialverwaltung zu.

A. A. zu § 30 P.G. Die Kommunalaufsichtsbehörden haben beizeiten dafür Sorge zu tragen, daß der Bedarf an Unterkunftsräumen, Ärzten, Pflegepersonal, Arznei-, Desinfektions- und Beförderungsmitteln für Kranke und Verstorbene durch freiwillige Beschaffung seitens der Kommunalverbände, namentlich der Kreise, sichergestellt wird.

In größeren Ortschaften ist auf die Errichtung von öffentlichen Desinfektionsanstalten, in welchen die Anwendung von Wasserdampf als Desinfektionsmittel erfolgen kann, hinzuwirken, sofern solche Anstalten nicht bereits in genügender Anzahl vorhanden sind.

Die Ausbildung eines geschulten Desinfektionspersonals ist ebenfalls rechtzeitig vorzubereiten.

Wird ein Einverständnis mit dem Kreise oder mit der Gemeinde nicht erzielt, so hat die Aufsichtsbehörde die Anordnung gemäß § 30 auf das Maß des unbedingt Erforderlichen zu beschränken und dabei in ihrer Anforderung nicht weiter zu gehen, als nach ihrem pflichtmäßigen Ermessen die Gemeinde vermöge ihrer Finanzkraft zu leisten vermag.

In § 30 Abs. 1 wird festgestellt, daß unter der in § 23 R.G. erwähnten zuständigen Landesbehörde die Kommunalaufsichtsbehörde, d. h. der Regierungspräsident zu verstehen ist. Abs. 2 von § 30 regelt den Beschwerdeweg bei derartigen Anordnungen.

3. Tragung der Kosten in leistungsschwachen Gemeinden.

§ 31 P.G. Reicht die im Beschlußverfahren festgesetzte Leistung der Gemeinde nicht zur Ausführung der angeordneten Einrichtung aus, so trägt, sofern die Kommunalaufsichtsbehörde ihre Anordnung aufrecht hält, die Provinz die Mehrkosten. Die Hälfte derselben ist vom Staate zu erstatten.

A. A. zu § 31 P.G. Ist im Beschlußverfahren eine Einrichtung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, deren Beschaffung die Kommunalaufsichtsbehörde angeordnet hat, als nötig anerkannt, andererseits aber die Leistungsfähigkeit der Gemeinde verneint, oder deren Leistung niedriger bemessen worden, als daß damit die Anordnung durchgeführt werden könnte, so hat die Kommunalaufsichtsbehörde vor weiterer Veranlassung jedesmal an mich zu berichten.

Durch § 31 wird Bestimmung darüber getroffen, wie zu verfahren ist, wenn die Beschaffung von Einrichtungen angeordnet wird, deren Kosten anerkannterweise über die Leistungsfähigkeit der Gemeinde hinausgehen.

Die Seuchenbekämpfung würde sehr schwer darunter leiden, wenn in einem solchen Falle von der Durchführung der Anordnung Abstand genommen werden müßte; andererseits würde eine Gemeinde einen erheblichen Nachteil davon haben, wenn sie, trotz ihrer anerkannten Leistungsunfähigkeit, zur Durchführung der betreffenden Maßregel gezwungen werden könnte.

Zur Vermeidung dieser unter Umständen erheblichen Schwierigkeiten wird, in ähnlicher Weise, wie dies durch § 27 P.G. bezüglich der Kosten der laufenden Seuchenbekämpfung geschieht, durch § 31 P.G. bezüglich der Kosten für die ständigen Einrichtungen eine Drittelung der Kosten eingeführt in der Weise, daß ein Drittel die Gemeinde, ein Drittel die Provinz und ein Drittel der Staat zu tragen haben.

Um aber zu verhüten, daß hierbei durch den Beschluß einer Unterbehörde der Staat zu Kosten herangezogen wird, ohne das Bedürfnis der Einrichtung prüfen oder bei der Festsetzung der Kosten mitwirken zu können, wird in den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 31 bestimmt, daß in einem jeden Falle, wo der § 31 in Wirksamkeit treten soll, vor Durchführung der Anordnung seitens der Kommunalaufsichtsbehörde an den Medizinalminister zu berichten ist. Es wird dadurch die Möglichkeit gegeben, daß der Minister nicht nur die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der betreffenden Anordnung

prüfen, sondern unter Umständen auch aus bereiten Beständen ein eintretendes Bedürfnis decken kann. Häufig genug sind aus früheren Epidemien an irgend einer Stelle des Landes transportable Baracken, Desinfektionsapparate und ähnliche Einrichtungen vorhanden, welche der Minister geeignetenfalls an den Ort des Bedarfes senden und dadurch die Höhe der Kosten erheblich herunterdrücken kann.

4. Verfahren und Kostentragung bei Gefahr im Verzuge.

§ 32 P.G. Bei dringender Gefahr im Verzuge kann die Kommunalaufsichtsbehörde nach Anhörung der Kommunalbehörde die Anordnung zur Durchführung bringen, bevor das Verfahren nach § 30 eingeleitet oder zum Abschluß gebracht ist.

Die Kosten der Einrichtung trägt in diesem Falle der Staat, sofern die Anordnung der Kommunalaufsichtsbehörde aufgehoben wird.

Reicht die im Beschlußverfahren festgesetzte Leistung zur Deckung der Kosten nicht aus, so greift die Bestimmung des § 31 Platz.

A. A. zu § 32 P.G. Von der Befugnis zur sofortigen Durchführung einer Anordnung, welcher eine Gemeinde auch nach erneuter, angemessen befristeter Anhörung Folge zu leisten sich weigert, ist nur dann Gebrauch zu machen, wenn von der Unterlassung eine unmittelbare dringende Gefahr für das öffentliche Wohl zu besorgen ist.

Auch in solcheu Fällen ist, wenn tunlich, vorgängig an mich zu berichten. Ist dies nach Lage der Verhältnisse nicht angängig, so ist mir jedesmal sofort unter Darlegung des Sachverhaltes Anzeige zu erstatten.

§ 32 P.G. trifft Vorsorge für diejenigen Fälle, wo eine Gemeinde den Versuch macht, die Durchführung einer Anordnung in gefährlicher Weise zu verschleppen. Handelt es sich um eine große Epidemie, bei welcher für eine Anzahl von Kranken unbedingt sofort eine angemessene Unterkunft geschaffen werden muß, so ist Gefahr im Verzuge, und es ist unmöglich, den Ausgang des Beschwerdeverfahrens abzuwarten, bevor die bezügliche Anordnung zur Durchführung gelangt. In solchen Fällen soll die Kommunalaufsichtsbehörde berechtigt sein, die Anordnung zur Durchführung zu bringen, bevor das Beschwerdeverfahren beendigt ist, jedoch soll vorher die Kommunalbehörde gehört werden.

In Abs. 2 von § 32 wird bestimmt, daß hierdurch das Beschwerdeverfahren zwar nicht abgewartet, aber auch nicht in seinem Gange gehindert werden soll. Fällt die Entscheidung dahin, daß die Gemeinde zur Durchführung der Einrichtung verpflichtet und imstande ist, so hat sie die Kosten zu tragen, bezw. es tritt die durch § 31 ermöglichte Drittelung der Kosten ein. Stellt sich dagegen heraus, daß die Entscheidung der Beschwerde zu Gunsten der Gemeinde ausfällt, so fallen die Kosten ausschließlich dem Staate zur Last.

In den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 32 wird, mit Rücksicht auf die unter Umständen sehr erhebliche Belastung der Staatskasse, nochmals ausdrücklich betont, daß von der durch § 32 Abs. 1 gegebenen Befugnis die Aufsichtsbehörde nur dann Gebrauch machen soll, wenn von der Unterlassung eine unmittelbare, dringende Gefahr für das öffentliche Wohl zu besorgen ist. Die Regierungspräsidenten werden dadurch auf die Verantwortung, welche sie zu tragen haben, noch besonders hingewiesen. Durch Abs. 2 wird vorgeschrieben, daß die Regierungspräsidenten in solchen Fällen, wenn tunlich, vorher an den Medizinalminister berichten sollen, daß sie jedoch, falls dies nach Lage der Verhältnisse nicht angängig ist, jedesmal sofort nach der Ausführung der Anordnung, unter Darlegung des Sachverhaltes, dem Minister Anzeige erstatten sollen.

Es muß hervorgehoben werden, daß diese Vorschrift zwar die Regierungspräsidenten vor unnötigen Anordnungen warnen, keinesfalls aber sie von der Durchführung unbedingt erforderlicher Anordnungen zurückhalten soll. Eine übertriebene Ängstlichkeit in der Seuchenbekämpfung würde zu den schwersten Gefahren für das öffentliche Wohl führen.

c) Tragung der Kosten landespolizeilicher Maßnahmen.

§ 33 P.G. Unberührt bleibt die Verpflichtung des Staates, diejenigen Kosten zu tragen, welche durch landespolizeiliche Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten entstehen.

§ 20 Abs. 4 Br.G. Wenn und insoweit es sich in den Fällen des Absatzes 2 um die Kosten solcher Maßnahmen handelt, die die Einschleppung einer gemeingefährlichen oder übertragbaren Krankheit über die Landesgrenze hindern sollen oder die sonst überwiegend dem allgemeinen landespolizeilichen Interesse dienen, können diese Kosten ganz auf die Staatskasse übernommen werden. Ob dieser Fall vorliegt, entscheidet das Herzogliche Ministerium.

Durch § 33 P.G. wird die Tatsache, daß der Staat diejenigen Kosten zu tragen hat, welche durch landespolizeiliche Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten entstehen, nochmals ausdrücklich festgesetzt.

Nach bestehendem Recht sind in Preußen bezüglich der Seuchenbekämpfung als landespolizeilich diejenigen Schutzmaßregeln zu betrachten, welche darauf hinzielen, die Einschleppung einer Seuche aus dem Auslande und ihre Verbreitung aus einem Bezirke in einen anderen im Inlande zu verhüten, während alle übrigen Maßregeln der Seuchenbekämpfung ortspolizeilicher Natur sind.

Die Kosten landespolizeilicher Schutzmaßregeln hat die Staatskasse, diejenigen der ortspolizeilichen die Gemeinde zu tragen.

Als landespolizeilich sind namentlich diejenigen zu betrachten, welche entstehen durch Errichtung und Unterhaltung von Quarantäneanstalten, durch Ausbildung von Sachverständigen und Ausführung der zur Feststellung der ersten Fälle von Krankheiten erforderlichen bakteriologischen Untersuchungen.

Ortspolizeilich sind dagegen die Kosten, welche entstehen durch Schutzmaßregeln, welche zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten an Ort und Stelle notwendig sind.

In Braunschweig ist die Unterscheidung landes- und ortspolizeilicher Kosten ähnlich wie in Preußen. Das Nähere darüber enthält § 20 Abs. 4 Br.G.

IV. Pflicht der Bundesstaaten zu gegenseitiger Unterstützung.

§ 38 R.G. Die Behörden der Bundestaaten sind verpflichtet, sich bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gegenseitig zu unterstützen.

Durch § 38 R.G. werden die Behörden der Bundesstaaten verpflichtet, sich bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gegenseitig zu unterstützen. Es darf von dem bundesfreundlichen Verhalten der einzelnen Staaten erwartet werden, daß ein Hinweis auf diesen Paragraphen kaum jemals notwendig sein wird. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß bei einer jeden Epidemie, welche sich über mehrere Bundesstaaten erstreckt, und zwar nicht nur bei Epidemien einer gemeingefährlichen Krankheit, sondern z. B. auch bei Genickstarre, Diphtherie, Typhus usw., ohne ein Zusammenarbeiten der Behörden der aneinander grenzenden Gemeinden und Bezirke benachbarter Bundesstaaten eine wirksame Bekämpfung der Seuche nicht durchführbar ist.

Eine solche Unterstützung wird dadurch anzubahnen sein, daß die Kreisärzte der aneinander stoßenden Kreise verschiedener Bundesstaaten sich gegenseitig über die in ihren Kreisen gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten fortlaufend unterrichten, und daß die Landräte im Falle des Auftretens einer übertragbaren Krankheit an den Grenzen ihrer Kreise sich über die zu treffenden Maßregeln miteinander ins Benehmen setzen. Bei größerer Ausdehnung einer Epidemie werden die oberen Verwaltungsbehörden der aneinander stoßenden Bezirke verschiedener Bundesstaaten in gleicher Weise vorzugehen haben.

Ein schönes Beispiel für die Erfolge, welche sich durch ein gemeinsames Vorgehen gegen eine übertragbare Krankheit erzielen lassen, gibt die systematische Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches, bei der Preußen, Bayern, Oldenburg und Elsaß-Lothringen beteiligt sind, und durch die, obwohl sie erst seit 1903 stattfindet, und obwohl es sich um eine seit lange eingenistete Krankheit handelt, schon jetzt unverkennbare Erfolge erzielt worden sind.

V. Zuständigkeit der Militär- und Marinebehörden zur Ausführung der Schutzmaßregeln.

§ 39 R.G. Die Ausführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmaßregeln liegt, insoweit davon

1. **dem aktiven Heere oder der aktiven Marine angehörende Militärpersonen,**
2. **Personen, welche in militärischen Dienstgebäuden oder auf den zur Kaiserlichen Marine gehörigen oder von ihr gemieteten Schiffen und Fahrzeugen untergebracht sind,**
3. **marschierende oder auf dem Transporte befindliche Militärpersonen und Truppenteile des Heeres und der Marine sowie die Ausrüstungs- und Gebrauchsgegenstände derselben,**
4. **ausschließlich von der Militärverwaltung benutzte Grundstücke und Einrichtungen**

betroffen werden, den Militär- und Marinebehörden ob.

Auf Truppenübungen finden die nach diesem Gesetze zulässigen Verkehrsbeschränkungen keine Anwendung.

Der Bundesrat hat darüber Bestimmung zu treffen, inwieweit von dem Auftreten des Verdachts und von dem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit sowie von dem Verlauf und dem Erlöschen der Krankheit sich die Militär- und Polizeibehörden gegenseitig in Kenntnis zu setzen haben.

A. A. zu § 12 P.G. 1. Die Ermittelung der Krankheit und die Ausführung der nach Maßgabe dieser Anweisung zu ergreifenden Schutzmaßregeln liegt, insoweit davon

1. dem aktiven Heere oder der aktiven Marine angehörende Militärpersonen,
2. Personen, welche in militärischen Dienstgebäuden oder auf den zur zur Kaiserlichen Marine gehörigen oder von ihr gemieteten Schiffen und Fahrzeugen untergebracht sind,
3. marschierende oder auf dem Transporte befindliche Militärpersonen und Truppenteile des Heeres und der Marine sowie die Ausrüstungs- und Gebrauchsgegenstände derselben,
4. ausschließlich von der Militär- oder Marineverwaltung benutzte Grundstücke und Einrichtungen

betroffen werden, den Militär- und Marinebehörden ob.

Durch § 39 R.G. wird bestimmt, daß die Durchführung der Schutzmaßregeln, soweit sie sich auf Personen, Dienstgebäude und Schiffe, Ausrüstungsgegenstände und Gebrauchsgegenstände des Heeres und der Marine, sowie auf Grundstücke und Einrichtungen der Militär- und Marineverwaltung beziehen, ausschließlich den Militär- und Marinebehörden obliegen. Es wird damit festgestellt, daß weder die Ortspolizeibehörde noch der Landrat innerhalb militärischer Gebäude sanitätspolizeiliche Anordnungen zu treffen haben. Durch diese Bestimmung werden Kompetenzkonflikte verhindert.

Im preußischen Gesetz befindet sich eine Vorschrift, durch welche die Bestimmungen des § 39 Abs. 1 R.G. auf die Krankheiten des preußischen Gesetzes ausgedehnt werden, nicht. Dagegen ist in den Ausführungsbestimmungen zu § 12 P.G. die Vorschrift des § 39 Abs. 1 R.G. übernommen und dadurch also auf die übrigen übertragbaren Krankheiten ausgedehnt worden, jedoch mit der Maßgabe, daß auch die Ermittelung der Krankheit den Militär- und Marinebehörden zu überlassen ist. Es muß also festgestellt werden, daß der Kreisarzt bei übertragbaren Krankheiten nicht das Recht hat, innerhalb militärischer Dienstgebäude Ermittelungen vorzunehmen.

Dies gilt nicht nur hinsichtlich der Offiziere, Unteroffiziere und Mannschaften, und zwar auch dann, wenn sie außerhalb eines militärischen Dienstgebäudes — z. B. als Bursche in der Wohnung eines Offiziers — untergebracht sind, sondern auch der in einem militärischen Dienstgebäude wohnenden Soldaten-Frauen und -Kinder, eine Tatsache, die nicht selten von Polizeibehörden und beamteten Ärzten übersehen wird. Die Militär- und Marinebehörden müssen aus Gründen der Disziplin und der Landesverteidigung verlangen, Herr in ihrem Hause zu sein, und dürfen das Vertrauen beanspruchen, daß sie mit einer innerhalb ihres Bereiches ausbrechenden übertragbaren Krankheit allein fertig werden, ohne die Zivilbevölkerung zu gefährden.

Durch § 39 Abs. 2 R.G. wird weiter bestimmt, daß die nach § 15 Abs. 3 von den Landesbehörden anzuordnenden Verkehrsbeschränkungen auf Truppenübungen keine Anwendung zu finden haben. Findet z. B. ein Exerzieren in größeren Truppenverbänden, eine Schieß-, Belagerungsübung oder ein Manöver statt, und bricht innerhalb des Geländes, in welchem diese Übung stattfindet, eine übertragbare Krankheit aus, so liegt die Entscheidung darüber, ob die betreffende Übung abzusagen, zu unterbrechen oder fortzusetzen ist, nicht den Landesbehörden, sondern ausschließlich den Militärbehörden ob.

Ist aus bestimmten Gründen eine Landesbehörde, also der Regierungs- oder Oberpräsident, der Überzeugung, daß die Durchführung einer angesagten Übung mit Gefahren für die Gesundheit verbunden ist, so hat sie dies entweder direkt bei dem zuständigen

Generalkommando oder bei dem Medizinalminister vorzubringen, welch letzterer sich mit dem Kriegsminister in Verbindung setzen wird.

Um einerseits die Militär- und Marinebehörden in die Lage zu setzen, in solchen Fällen die geeigneten Maßregeln treffen zu können, und um andererseits die Zivilbehörden in den Stand zu setzen, im Falle des Ausbruches einer Epidemie innerhalb des Militärs die erforderlichen Schutzmaßregeln treffen zu können, überträgt § 39 Abs. 4 dem Bundesrat die Befugnis, über die gegenseitigen Benachrichtigungen der Militär- und Zivilbehörden über das Auftreten und den Verlauf von übertragbaren Krankheiten Bestimmung zu treffen. Dies ist durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. Juli 1902 geschehen. Das Nähere hierüber ist auf S. 59 gesagt.

Durch die allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 6 P.G. wird bestimmt, daß die Regierungspräsidenten eine Abschrift der Wochennachweisungen über die in dem Regierungsbezirk vorgekommenen Krankheiten und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten regelmäßig dem Generalkommando zu übersenden haben. Wie im übrigen die gegenseitige Benachrichtigung der Militär- und Zivilbehörden hinsichtlich der übertragbaren Krankheiten zu erfolgen hat, wird in den vom Medizinalminister erlassenen Anweisungen für die Bekämpfung der einzelnen Krankheiten ausdrücklich festgesetzt.

VI. Zuständigkeit der Eisenbahn-, Post- und Telegraphenbehörde.

§ 40 R.G. Für den Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverkehr sowie für Schiffahrtsbetriebe, welche im Anschluß an den Eisenbahnverkehr geführt werden und der staatlichen Eisenbahnaufsichtsbehörde unterstellt sind, liegt die Ausführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmaßregeln ausschließlich den zuständigen Reichs- und Landesbehörden ob.

Inwieweit die auf Grund dieses Gesetzes polizeilich angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfektionsmaßnahmen

1. auf Personen, welche während der Beförderung als krank, krankheits- oder ansteckungsverdächtig befunden werden,

2. auf die im Dienste befindlichen oder aus dienstlicher Veranlassung vorübergehend außerhalb ihres Wohnsitzes sich aufhaltenden Beamten und Arbeiter der Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverwaltungen sowie der genannten Schiffahrtsbetriebe

Anwendung finden, bestimmt der Bundesrat.

A. A. § 12 P.G. 2. Für den Eisenbahnverkehr sowie für Schiffahrtsbetriebe, welche im Anschluß an den Eisenbahnverkehr geführt werden und der Eisenbahnaufsichtsbehörde unterstellt sind, liegt die Ausführung der zu ergreifenden Schutzmaßregeln ausschließlich den Eisenbahnbehörden ob.

Durch § 40 R.G. wird den Eisenbahn-, Post- und Telegraphenbehörden dieselbe Zuständigkeit zugesprochen wie den Armee- und Marinebehörden. Auch ihnen soll innerhalb ihres Ressorts die Ausführung der Schutzmaßregeln überlassen bleiben. Eine gleiche Befugnis wird diesen Behörden durch § 12 Abs. 2 der allgemeinen Ausführungsbestimmungen zum preußischen Gesetz übertragen.

Es geht daraus hervor, daß innerhalb der Betriebsräume und Gebäude, welche unter Verwaltung der Eisenbahn-, der Post- und der Telegraphenbehörden stehen, der Kreisarzt und die Polizeibehörde bei der Auswahl der Schutzmaßregeln nur insoweit zuständig sind, als sie von den betreffenden Behörden zur Mitwirkung angegangen werden.

Hierdurch wird jedoch das Recht des beamteten Arztes bezw. der Polizeibehörde, bei der Erkrankung von Personen, welche in der Eisenbahn-, Post- oder Telegraphenverwaltung gehörigen Gebäuden wohnen, Ermittelungen vorzunehmen bezw. Anordnungen zu treffen, nicht berührt.

Durch § 40 Abs. 2 R.G. wird dem Bundesrat das wichtige Recht vorbehalten, Bestimmung darüber zu treffen, inwieweit die auf Grund der §§ 15, 19 und 24 R.G. angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfektionsmaßnahmen auf Reisende und im Dienst befindliche Beamte und Arbeiter der betreffenden Verwaltungen Anwendung zu finden haben. Die Ausführungsbestimmungen hierzu sind in den Anweisungen, welche vom Bundesrat für die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten erlassen worden sind, enthalten.

1. Aussatz (§ 18): „Aussätzige dürfen in der Regel nicht mittelst der Eisenbahn befördert werden. Ausnahmen sind nur nach dem Gutachten des für die Abgangsstation zuständigen beamteten Arztes zulässig. In solchen Ausnahmefällen ist der Kranke in einem abgeschlossenen Wagenabteil mit getrenntem Abort zu befördern; Wagenabteil und Abort sind alsbald und vor anderweitiger Benutzung zu desinfizieren.“

P.A. „Soll eine am Aussatz erkrankte oder krankheitsverdächtige Person ausnahmsweise mit der Eisenbahn befördert werden, so ist dies seitens der Ortspolizeibehörde dem Bahnhofsvorstand der Abfahrts- sowie demjenigen der Bestimmungsstation rechtzeitig vorher unter Angabe von Tag und Stunde der Abfahrt und der Ankunft anzuzeigen; auch hat sie dafür Sorge zu tragen, daß der Person ein zuverlässiger Begleiter beigegeben wird. Der Bahnhofsvorstand der Abgangsstation hat dem Zugführer und dem Schaffner des Wagenabteils, in welchem die Person befördert werden soll, in einer für dieselbe schonenden Form von der Art der Erkrankung Kenntnis zu geben.
Die Ortspolizeibehörde der Bestimmungsstation hat zu veranlassen, daß der betreffende Wagenabteil und der Abort alsbald nach den Weisungen des Kreisarztes desinfiziert wird.“

2. Cholera (§ 39 Abs. 2 bis 4): „Cholerakranke dürfen in der Regel nicht mittelst der Eisenbahn befördert werden. Ausnahmen sind nur nach dem Gutachten des für die Abgangsstation zuständigen beamteten Arztes zu-

lässig. In solchen Ausnahmefällen ist der Kranke in einem besonderen Wagen, der alsbald nach der Benutzung zu desinfizieren ist, zu befördern. Das bei ihm beschäftigt gewesene Personal ist anzuhalten, vor ausgeführter Desinfektion (Anlage 8) den Verkehr mit anderen Personen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Ergibt sich bei einem Reisenden während der Eisenbahnfahrt Choleraverdacht, so ist er, falls nicht die Verkehrsordnung seinen Ausschluß von der Fahrt vorschreibt, an der Weiterfahrt nicht zu verhindern; jedoch ist, sobald dies ohne Unterbrechung der Reise möglich ist, die Feststellung der Krankheit durch einen Arzt herbeizuführen. Der Abteil, in welchem der Kranke untergebracht war, und die damit in Zusammenhang stehenden Abteile sind zu räumen. Der Wagen ist, falls der Choleraverdacht sich bestätigt, sobald wie möglich außer Betrieb zu setzen und zu desinfizieren.

Im einzelnen gelten beim Auftreten der Cholera die in der Anlage 10 enthaltenen Bestimmungen."

P.A. „Der Zeitpunkt, von welchem ab bei drohender Choleragefahr die Grundsätze für Maßnahmen im Eisenbahnverkehr beim Auftreten der Cholera (Anlage 10 der Anweisung) in Anwendung zu bringen sind, bleibt besonderer Bestimmung vorbehalten."

(Anlage 10 s. den Anhang.)

3. Fleckfieber (§ 34) [gleichlautend wie Cholera § 39 Abs. 2 bis 4].

P. A. dazu gleichlautend wie bei Aussatz.

(Anlage 4 lautet ähnlich wie Anlage 10 bei Cholera.)

4. Pest (§ 33 Abs. 2): „Inwieweit die polizeilich angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfektionsmaßnahmen auf Personen, welche während der Beförderung als krank, krankheits- oder ansteckungsverdächtig befunden werden, Anwendung finden, ist in den beigefügten Grundsätzen für Maßnahmen im Eisenbahnverkehre zu Pestzeiten (Anlage 9) bestimmt. Die dabei in Betracht kommenden Rechte und Pflichten der Polizeibehörden sind unter Ziff. 3, 7, 8, 10 dieser Anlage festgesetzt."

P.A. „Der Zeitpunkt, von welchem ab bei drohender Pestgefahr die „Grundsätze für Maßnahmen im Eisenbahnverkehr zu Pestzeiten" (Anlage 9 der Anweisung) in Anwendung zu bringen sind, bleibt besonderer Bestimmung vorbehalten."

(Anlage 9 stimmt ziemlich genau mit Anlage 10 bei Cholera überein.)

5. Pocken (§ 32) [gleichlautend wie bei Cholera § 39 Abs. 2 bis 4].

(Anlage 3 lautet ähnlich wie Anlage 10 bei Cholera.)

A. A. zu § 8 P.G. 3. III. 6 bis 8. „Zur Beförderung von Personen, welche nach den Bestimmungen des Gesetzes abgesondert werden können, sollen dem öffentlichen Verkehre dienende Beförderungsmittel (Droschken, Straßen- oder Eisenbahnwagen u. dgl.) in der Regel nicht benutzt werden.

Soll dennoch ein derartiger Kranker oder Krankheitsverdächtiger ausnahmsweise mit der Eisenbahn befördert werden, so darf dies von der Polizeibehörde nur unter der Bedingung gestattet werden, daß der Person ein zuverlässiger Begleiter beigegeben wird. Auch hat die Polizeibehörde den Transport dem Bahnhofsvorstand der Abfahrts- sowie demjenigen der Bestimmungsstation rechtzeitig vorher unter Angabe von Tag und Stunde der Abfahrt und der Ankunft anzuzeigen. Der Bahnhofsvorstand der Abgangsstation hat dem Zugführer und dem Schaffner des Wagenabteils, in welchem die Person befördert werden soll, in einer für dieselbe schonenden Form von der Art der Erkrankung Kenntnis zu geben.

Das betreffende Wagenabteil und der Abort sind alsbald vorschriftsmäßig zu desinfizieren."

VII. Überwachung und Leitung der Seuchenbekämpfung durch den Reichskanzler.

§ 41 R.G. **Dem Reichskanzler liegt ob, die Ausführung dieses Gesetzes und der auf Grund desselben erlassenen Anordnungen zu überwachen.**

Wenn zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten Maßregeln erforderlich sind, von welchen die Gebiete mehrerer Bundesstaaten betroffen werden, so hat der Reichskanzler oder ein von ihm bestellter Kommissar für Herstellung und Erhaltung der Einheit in den Anordnungen der Landesbehörden zu sorgen und zu diesem Behufe das Erforderliche zu bestimmen, in dringenden Fällen auch die Landesbehörden unmittelbar mit Anweisungen zu versehen.

In Übereinstimmung mit § 4 der Reichsverfassung, nach welchem dem Reichskanzler die Überwachung des Gesundheitswesens zusteht, wird durch § 41 Abs. 1 ausdrücklich festgestellt, daß die Ausführung des Reichsgesetzes und der auf Grund desselben erlassenen Anordnungen zu überwachen, dem Reichskanzler obliegt. In Ausführung dieser Bestimmung hat der Reichskanzler das Recht, die einzelnen Bundesstaaten um Auskunft über etwaige Seuchenausbrüche und die gegen dieselben getroffenen Schutzmaßregeln zu ersuchen. Die einzelnen Bundesstaaten ihrerseits pflegen den Reichskanzler über das innerhalb ihres Staatsgebietes auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung Geschehende regelmäßig zu unterrichten.

Wie bereits erwähnt, ist durch § 38 R.G. den Behörden der Bundesstaaten die Verpflichtung auferlegt, sich bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gegenseitig zu unterstützen.

Dadurch ist der Reichskanzler der Pflicht nicht überhoben, über die Durchführung der Seuchenbekämpfung zu wachen, vielmehr wird ihm durch § 41 Abs. 2 ausdrücklich die Verpflichtung auferlegt, für Herstellung und Erhaltung der Einheit in den Anordnungen der Landesbehörden zu sorgen und zu diesem Behuf das Erforderliche zu bestimmen, in dringenden Fällen auch die Landesbehörden unmittelbar mit Anweisungen zu versehen. Von dieser Befugnis hat der Reichskanzler Gebrauch zu machen, wenn zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten Maßregeln erforderlich sind, von welchen die Gebiete mehrerer Bundesstaaten betroffen werden. Für solche Fälle wird dem Reichskanzler auch das Recht verliehen, die Durchführung dieser Aufgabe einem besonderen R e i c h s k o m m i s s a r für die Seuchenbekämpfung zu übertragen.

In der Begründung zu § 41 Abs. 2 wird angeführt, daß die

Notwendigkeit hierzu voraussichtlich nur in seltenen Fällen sich ergeben werde, daß aber eine dahin zielende Ermächtigung gleichwohl nicht ganz zu entbehren sei, da in Ausnahmefällen die wirksame Bekämpfung einer Seuche wohl dazu zwingen könne, die Beaufsichtigung und unter besonderen Umständen selbst die Leitung der für benachbarte Bezirke verschiedener Bundesstaaten nach Maßgabe des Gesetzes zu treffenden Anordnungen in eine Hand zu legen.

In der Tat hat bis jetzt der Reichskanzler von dieser Befugnis nur bei einer Krankheit, nämlich der asiatischen Cholera Gebrauch gemacht. Zuerst in den Jahren 1892—94 und wieder im Jahre 1905 sind seitens des Reichskanzlers für die Gebiete derjenigen Flußläufe, welche mehreren Bundesstaaten gemeinsam sind, besondere Reichskommissare für die Cholerabekämpfung bestellt worden, so je einer für die Stromgebiete der Elbe und des Rheins; in den Gebieten derjenigen Ströme dagegen, welche nur einem Staate angehören, also der Weichsel und der Oder in Preußen, ist von der Bestellung eines Reichskommissars Abstand genommen worden. Dies ist auch nur zu begrüßen, weil dadurch die Empfindlichkeit der Landesbehörden geschont wird, und andererseits in Preußen die volle Gewähr dafür besteht, daß die erforderlichen Maßregeln in vollem Umfange getroffen werden.

In jüngster Zeit ist auch noch bei einer anderen Krankheit ein Reichskommissar bestellt worden, nämlich für das Gebiet der gemeinsamen Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches, welche in den preußischen Regierungsbezirken Trier, der bayerischen Pfalz, der oldenburgischen Enklave Birkenfeld und den elsaß-lothringischen Bezirken Unterelsaß und Lothringen stattfindet.

Der Reichskommissar hat die Seuchenausbrüche in dem ihm angewiesenen Gebiet zu verfolgen, die Nachrichten zu sammeln und an das Reichsamt des Innern mitzuteilen und durch stetes Benehmen mit den Landesbehörden für die Einheitlichkeit der Seuchenbekämpfung Sorge zu tragen. Bisher ist mit den Funktionen eines Reichskommissars in der Regel ein höherer Verwaltungsbeamter betraut und diesem ein Arzt als sachverständiger Beirat beigegeben worden.

VIII. Benachrichtigung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes von Ausbrüchen gemeingefährlicher Krankheiten.

§ 42 R.G. Ist in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen. Der Bundesrat ist ermächtigt zu bestimmen, in-

wieweit im späteren Verlaufe dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Mitteilungen über Erkrankungs- und Todesfälle zu machen sind.

§ 42 R.G. bestimmt, daß, sobald in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt ist, das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen ist. Die Reichsverwaltung soll hierdurch über den Ausbruch der Seuche und ihre jeweilige Verbreitung innerhalb des Reiches unterrichtet gehalten werden. Wie die Begründung näher ausführt, bedarf sie dessen nicht nur, damit die etwa von seiten des Reiches zu treffenden Anordnungen in die Wege geleitet oder damit regelmäßige Veröffentlichungen zum Zweck der Aufklärung der Bevölkerung und zur Verhütung übertriebener und beunruhigender Gerüchte veranlaßt werden können, sie ist vielmehr auch jedesmal, wenn innerhalb des Reiches ein Seuchenausbruch die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf sich zieht, in der Lage, auf die von den Vertretern auswärtiger Regierungen gestellten Anfragen Auskunft geben zu müssen. Je rascher und je vollständiger sie dies zu tun vermag, um so mehr wird sie den am internationalen Verkehre beteiligten deutschen Interessen zu dienen vermögen.

Diese Vorschrift hat in der ersten Zeit insofern zu Mißverständnissen geführt, als vielfach die beamteten Ärzte glaubten, ihrerseits das Kaiserliche Gesundheitsamt benachrichtigen zu müssen, dagegen eine Benachrichtigung des Regierungspräsidenten und des Medizinalministers unterlassen zu dürfen. Dies kann unter keinen Umständen gebilligt werden, denn über das Auftreten einer gemeingefährlichen Krankheit müssen die Landesbehörden zuerst unterrichtet sein, da sie ja die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen bezw. zu überwachen haben.

Mit Rücksicht hierauf hat der preußische Medizinalminister bestimmt, daß die betreffenden Benachrichtigungen seitens der Polizeibehörde zu erfolgen haben und lediglich an den zuständigen Regierungspräsidenten zu richten sind. Dieser hat sofort den Minister der Medizinalangelegenheiten und das Kaiserliche Gesundheitsamt zu benachrichtigen. Sämtliche Benachrichtigungen sollen auf telegraphischem Wege, im Landespolizeibezirk Berlin, sofern dies zur größeren Beschleunigung beiträgt, durch besondere Boten geschehen. Durch diese Vorschrift, mit welcher eine Verzögerung der Benachrichtigung des Gesundheitsamtes nicht verbunden ist, wird die rechtzeitige Benachrichtigung aller beteiligten Behörden gewährleistet.

Durch § 42 Abs. 2 wird der Bundesrat ermächtigt, zu bestimmen, inwieweit im späteren Verlauf dem Kaiserlichen Gesundheitsamt Mitteilungen über Erkrankungs- und Todesfälle zu machen sind. Diese

Bestimmung ist in den Anweisungen des Bundesrats zur Bekämpfung der einzelnen Krankheiten gegeben. Bezüglich des Aussatzes ist bestimmt, daß die Regierungen der einzelnen Bundesstaaten alljährlich zum 15. Februar eine Mitteilung an das Gesundheitsamt zu richten haben. Bezüglich der Cholera, des Fleckfiebers, der Pest und der Pocken ist vorgeschrieben, daß einmal täglich Übersichten über die weiteren Erkrankungen und Todesfälle unter Benennung der Ortschaften und Bezirke, und sodann wöchentlich eine Nachweisung über die in der vergangenen Woche bis Sonnabend einschließlich in den einzelnen Ortschaften gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle nach Maßgabe des beigefügten Formulars an das Gesundheitsamt mitzuteilen ist. Auch hierzu hat der preußische Medizinalminister bestimmt, daß diese Übersichten und Nachweisungen von den Regierungspräsidenten gleichzeitig an ihn und das Kaiserliche Gesundheitsamt mitzuteilen sind.

Um das Kaiserliche Gesundheitsamt auch über den Gang der übrigen übertragbaren Krankheiten regelmäßig unterrichtet zu halten, hat der preußische Medizinalminister in den Ausführungsbestimmungen zu § 6 P.G. in Ziff. 10 Abs. 2 bestimmt, daß die Regierungspräsidenten eine Abschrift der Wochennachweisungen über die in den Regierungsbezirken vorgekommenen Erkrankungen und Todesfälle dem Kaiserlichen Gesundheitsamt zu übersenden haben.

IX. Der Reichsgesundheitsrat.

§ 43 R.G. In Verbindung mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamte wird ein Reichsgesundheitsrat gebildet. Die Geschäftsordnung wird vom Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats festgestellt. Die Mitglieder werden vom Bundesrate gewählt.

Der Reichsgesundheitsrat hat das Gesundheitsamt bei der Erfüllung der diesem Amte zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen. Er ist befugt, den Landesbehörden auf Ansuchen Rat zu erteilen. Er kann sich, um Auskunft zu erhalten, mit den ihm zu diesem Zwecke zu bezeichnenden Landesbehörden unmittelbar in Verbindung setzen, sowie Vertreter absenden, welche unter Mitwirkung der zuständigen Landesbehörden Aufklärungen an Ort und Stelle einziehen.

Durch § 43 R.G. ist dem Kaiserlichen Gesundheitsamt in Gestalt des Reichsgesundheitsrats eine Behörde beigeordnet worden, um die Reichsverwaltung in den Stand zu setzen, den auf dem Gebiete der Medizinal- und Veterinärpolizei ihr obliegenden Aufgaben gerecht zu werden.

Wie die Begründung ausführt, soll diese Behörde aus hervor-

ragenden wissenschaftlichen Autoritäten und aus den erfahrensten Beamten der Landesmedizinalverwaltung zusammengesetzt sein.

Die Zweckmäßigkeit einer solchen Behörde hatte sich namentlich bei der Cholerabekämpfung in den Jahren 1892—94 gezeigt, ebenso im Jahre 1897 bei den Beratungen über die Bekämpfung der Pest. In der Begründung wird darauf hingewiesen, daß auch in anderen Ländern ähnliche konsultative Behörden bestehen: in Frankreich das Comité consultatif d'hygiène, in Italien ein Oberster Gesundheitsrat, in Österreich ein Oberster Sanitätsrat, in Belgien ein Conseil supérieur d'hygiène publique, in Schweden ein Gesundheitskollegium, in England eine besondere Abteilung des Local Government, in Preußen die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, in Bayern der Obermedizinalausschuß, in Sachsen das Landesmedizinalkollegium, in Württemberg das Medizinalkollegium.

Die Mitglieder des Reichsgesundheitsrates werden vom Bundesrat gewählt und vom Reichkanzler auf die Dauer von fünf Jahren ernannt, der Vorsitzende desselben ist der Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, die Geschäftsordnung ist vom Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats festgestellt.

Durch § 43 Abs. 2 werden die Pflichten des Reichsgesundheitsrates näher bestimmt. Er hat einerseits das Kaiserliche Gesundheitsamt mit seinem Rat zu unterstützen, ist aber andererseits auch befugt, den Landesbehörden auf Ersuchen Rat zu erteilen, kann sich mit diesen zur Erlangung von Auskunft direkt in Verbindung setzen, sowie Vertreter entsenden, welche unter Mitwirkung der zuständigen Landesbehörde Aufklärungen an Ort und Stelle einziehen dürfen.

Die Mitglieder des Reichsgesundheitsrates bekleiden ihre Stellung als Ehrenamt, sie erhalten nur bei etwaigen Dienstreisen Reisekosten und Tagegelder.

Abschnitt VI.

Strafvorschriften.

Die Durchführung des Seuchengesetzes ist mit mancherlei Beschränkungen und Belästigungen der Bevölkerung verbunden, denen sich der verständige Teil derselben mit Rücksicht auf das öffentliche Wohl ohne Widerstand fügen wird. Um aber auch verständnislose und widerwillige Kreise zur Befolgung der sanitätspolizeilichen Vorschriften zwingen zu können, muß den Behörden der Schutz des Gesetzes und die Befugnis zur Seite stehen, Ungehorsame zur gerichtlichen Bestrafung bringen zu können.

Die Unterlage für Verurteilungen bildet der § 327 des Deutschen Strafgesetzbuches, welcher lautet:

> „Wer die Absperrungs- oder Aufsichtsmaßregeln oder Einfuhrverbote, welche von der zuständigen Behörde zur Verhütung des Einführens oder Verbreitens einer ansteckenden Krankheit angeordnet worden sind, wissentlich verletzt, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft.
>
> „Ist infolge der Verletzung ein Mensch von der ansteckenden Krankheit ergriffen worden, so tritt Gefängnisstrafe von 3 Monaten bis zu 3 Jahren ein.“

„Diese Vorschrift sichert“, wie es in der Begründung zum Entwurf des Reichsseuchengesetzes heißt, „für die wissentliche Verletzung der auf Grund des Gesetzes zu erlassenden Anordnungen die Möglichkeit einer angemessenen Bestrafung, da die Anordnungen ausnahmslos Maßregeln der in § 327 gedachten Art zum Gegenstande haben. Hiernach kann sich der Entwurf auf die in den §§ 43—45 vorgesehenen Strafvorschriften beschränken.“ Aus dem Wortlaut dieser Begründung geht ausdrücklich hervor, daß die in diesen Paragraphen enthaltenen Strafandrohungen eine Ergänzung der in § 327 des Deutschen Str.G.B. enthaltenen Strafandrohungen darstellen sollen.

1. Vergehen bezüglich der Desinfektion.

§ 44 R.G. Mit Gefängnis bis zu drei Jahren wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt;
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung oder Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den auf Grund des § 22 vom Bundesrate beschlossenen Bestimmungen entsprechend desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder anderen zur Benutzung überläßt.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark erkannt werden.

§ 34 P.G. Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu sechshundert Mark wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt;
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Lungen- und Kehlkopfstuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand und Rotz litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung und Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den von dem Minister der Medizinalangelegenheiten erlassenen Bestimmungen entsprechend desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausfüh-

rung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder anderen zur Benutzung überläßt.

§ 26 Br.G. stimmt inhaltlich genau mit § 34 P.G. überein.

Die Verbreitung der übertragbaren Krankheiten findet ausschließlich durch die Krankheitskeime statt. Die Vernichtung der Krankheitskeime ist also das wichtigste Mittel zur Verhütung der Verbreitung der übertragbaren Krankheiten. Aus diesem Grunde werden die härtesten Strafen denjenigen angedroht, welche sich eines Vergehens gegen die Vorschriften hinsichtlich der Desinfektion schuldig machen. Als solche Vergehen werden folgende drei angeführt:

1. Wer bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der Desinfektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt. — Hierdurch soll derjenige getroffen werden, welcher solche Gegenstände, welche mit Krankheitskeimen behaftet sind und daher als die Träger des Krankheitsstoffes angesehen werden müssen, aus Sparsamkeits- oder sonstigen Rücksichten der Desinfektion hinterzieht.

2. Wer Gegenstände, welche von Personen, die an einer übertragbaren Krankheit litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung oder Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie desinfiziert worden sind. — Diese Vorschrift geht über die der Ziff. 1 noch hinaus, denn hierbei handelt es sich um Gegenstände, für welche eine Desinfektion nicht angeordnet, von denen also noch nicht der Nachweis geführt ist, daß sie mit den Krankheitsstoffen behaftet sind, sondern von denen dies nur angenommen werden muß, weil sie mit erkrankten Personen in Berührung gekommen waren.

3. Wer Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder anderen zur Benutzung überläßt. — Diese Vorschrift ist ganz besonders wichtig, weil die Überzeugung einer Gefahr der Krankentransportmittel für die Bevölkerung bis jetzt noch außerordentlich wenig verbreitet ist.

Alle diese Vergehen sollen aber nur dann strafbar sein, wenn sie wissentlich begangen werden. Wenn also eine Person von der Anordnung der Desinfektion oder von der Tatsache, daß die betreffenden Gegenstände oder Fahrzeuge mit Kranken in Berührung gewesen sind, nichts weiß, so soll sie straffrei bleiben.

Durch § 44 Abs. 2 wird bestimmt, daß, falls mildernde Umstände vorhanden sind, auf Geldstrafe bis 1500 M. erkannt werden kann. Eine solche Ausnahme ist in § 327 Deutsch. Str.G.B. nicht

vorgesehen, während die Höhe der angedrohten Strafe der Vorschrift dieses Paragraphen entspricht.

Dieselben Vergehen werden auch in dem § 34 P.G. und dem § 26 Br.G. mit ähnlichen Strafen bedroht. Die Fassung dieser Paragraphen deckt sich fast wörtlich mit derjenigen des § 44 R.G., nur sind die Strafen, welche angedroht werden, in dem preußischen und dem braunschweigischen Gesetz, mit Rücksicht auf die geringere Gefährlichkeit der „nicht gemeingefährlichen" übertragbaren Krankheiten, geringer. Während das Reichsgesetz Gefängnis bis zu 3 Jahren und nur bei mildernden Umständen eine Geldstrafe bis zu 1500 M. androht, kann nach dem preußischen und dem braunschweigischen Gesetz Gefängnis bis zu 6 Monaten oder Geldstrafe bis zu 600 M. verhängt werden, letzteres, auch wenn mildernde Umstände nicht vorhanden sind.

2. Vergehen gegen die Vorschriften über die Anzeigepflicht, das Ermittelungsverfahren und die Meldepflicht.

§ 45 R.G. Mit Geldstrafe von zehn bis einhundertundfünfzig Mark oder mit Haft nicht unter einer Woche wird bestraft:

1. wer die ihm nach den §§ 2, 3 oder nach den auf Grund des § 5 vom Bundesrate beschlossenen Vorschriften obliegende Anzeige unterläßt oder länger als 24 Stunden, nachdem er von der anzuzeigenden Tatsache Kenntnis erhalten hat, verzögert. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;
2. wer im Falle des § 7 dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert;
3. wer den Bestimmungen im § 7 Abs. 3 zuwider über die daselbst bezeichneten Umstände dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;
4. wer den auf Grund des § 13 erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt.

§ 35 P.G. Mit Geldstrafe bis zu einhundertundfünfzig Mark oder mit Haft wird bestraft:

1. wer die ihm nach den §§ 1—3 oder nach den auf Grund des § 5 des gegenwärtigen Gesetzes von dem Staatsministerium erlassenen Vorschriften obliegende Anzeige schuldhaft unterläßt. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;

2. wer bei den in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten, sowie in den Fällen des § 7 dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert;
3. wer bei den übertragbaren Krankheiten, auf welche die Bestimmungen des § 7 Abs. 3 R.G., betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, für anwendbar erklärt worden sind (§§ 6 Abs. 1, 7 des gegenwärtigen Gesetzes), diesen Bestimmungen zuwider über die daselbst bezeichneten Umstände dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;
4. wer den auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes in Verbindung mit § 13 des vorbezeichneten Reichsgesetzes über die Meldepflicht erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt.

§ 27 Br.G. stimmt inhaltlich genau mit § 35 P.G. überein.

Die zweithärtesten Strafen, und zwar Geldstrafen von 10 bis 150 M. oder Haft nicht unter einer Woche, droht das Reichsgesetz denjenigen an, welche sich gegen die Bestimmungen über die Anzeigepflicht, die Auskunftserteilung und das Meldewesen vergehen.

Ziff. 1 bezieht sich auf die Unterlassung der Anzeigepflicht. Hier soll die Strafe eintreten, wenn die Anzeige unterlassen oder länger als 24 Stunden verzögert wird.

Ziff. 2 bedroht denjenigen mit Strafe, welcher dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert.

Ziff. 3 bedroht denjenigen mit Strafe, welcher dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde bei der Vornahme der Ermittelungen die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht.

Ziff. 4 bedroht denjenigen mit Strafe, welcher zureisende Personen aus Seuchenbezirken nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde nicht meldet.

Durch § 35 P.G. und § 27 Br.G. werden dieselben Vergehen bezüglich der übrigen übertragbaren Krankheiten mit ähnlichen Strafen bedroht, jedoch ist auch hier eine Milderung gegenüber dem Reichsgesetz vorgesehen. Während im Reichsgesetz Geldstrafe von 10—150 M. oder Haft nicht unter einer Woche angedroht wird, wird im preußischen und braunschweigischen Gesetz nur Geldstrafe bis 150 M. oder Haft angedroht, d. h. die niedrigste Strafe kann auch geringer sein, als im Reichsgesetz vorgesehen ist.

3. Vergehen gegen Anordnungen von Schutzmaßregeln.

§ 46 R.G. Mit Geldstrafe bis zu einhundertundfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer den im Falle des § 9 von dem beamteten Arzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den auf Grund des § 10 von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt;
2. wer den auf Grund des § 12, des § 14 Abs. 5, der §§ 15, 17, 19—22 getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt;
3. wer den auf Grund der §§ 24, 26, 27 erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt.

§ 36 P.G. Mit Geldstrafe bis zu einhundertundfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer bei den in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Krankheiten sowie in den Fällen des § 7 den nach § 9 R.G., betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, von dem beamteten Arzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den nach § 10 des vorbezeichneten Reichsgesetzes von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt;
2. wer bei den in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten sowie in den Fällen des § 11 den nach § 12, § 14 Abs. 5, §§ 15, 17, 19 und 21 des vorbezeichneten Reichsgesetzes getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt;
3. wer bei den in dem § 10 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten den nach § 24 des vorbezeichneten Reichsgesetzes erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt;
4. Ärzte, sowie andere die Heilkunde gewerbsmäßig betreibende Personen, Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, welche den Vorschriften in dem § 8 Nr. 3 Abs. 2 und 3 des gegenwärtigen Gesetzes zuwiderhandeln.

§ 28 Br.G. (Einleitung und Ziff. 1 wie § 36 Ziff. 1 P.G.)

2. wer bei den in dem § 6 dieses Gesetzes gedachten Krankheiten sowie in den Fällen des § 8 getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt.

Die geringste Strafe verhängt das Reichsgesetz in § 46 gegen diejenigen Personen, welche den behördlich angeordneten Schutzmaßregeln zuwiderhandeln. Hierfür wird nur eine Geldstrafe bis zu 150 M. oder Haft angedroht, allerdings wird hinzugesetzt, „sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist“, wodurch zum Ausdruck gebracht wird, daß unter Umständen die Strafandrohung des § 327 Deutsch. Str.G.B. in Kraft treten soll.

Die Vergehen, welche inbetracht kommen, sind folgende: 1. Zuwiderhandlungen gegen die vorläufigen Anordnungen des beamteten Arztes oder des Ortsvorstehers (§ 9 R.G.) und Zuwiderhandlungen gegen die Anordnungen bezüglich der Leichenschau (§ 10 R.G.); 2. Zuwiderhandlungen gegen Anordnungen, welche sich auf die Beobachtung (§ 12 R.G.), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5 R.G.), Beschränkungen des Gewerbebetriebs und von Ansammlungen von Menschen (§ 15 R.G.), Beschränkungen in dem Gebrauch von Brunnen, Teichen, Seen usw. (§ 17 R.G.), die Desinfektion (§ 19 R.G.), die Vertilgung und Fernhaltung von Ungeziefer (§ 20 R.G.), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21 R.G.) beziehen; 3. Zuwiderhandlungen gegen Anordnungen, die sich auf den See- und Grenzverkehr (§ 24 und 26) und auf Arbeiten mit Krankheitserregern (§ 27) beziehen.

Durch § 36 P.G. werden hinsichtlich der übrigen übertragbaren Krankheiten dieselben Vergehen mit den gleichen Strafen belegt, jedoch enthält § 36 P.G. noch eine vierte Strafandrohung gegenüber Ärzten sowie anderen die Heilkunde gewerbsmäßig betreibenden Personen, Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, welche den Vorschriften bezüglich des Kindbettfiebers zuwiderhandeln.

Die gleichen Strafandrohungen enthält § 28 Br.G. mit Ausnahme der in § 28 Ziff. 4 P.G., weil auch die betreffende Vorschrift bezüglich des Kindbettfiebers im braunschweigischen Gesetz nicht vorgesehen ist.

Abschnitt VII.

Schlußbestimmungen.

I. Schlußbestimmungen zum Reichsgesetz vom 30. Juni 1900.

1. Mitteilung der Ausführungsbestimmungen an den Reichstag.

§ 47 R.G. Die vom Bundesrate zur Ausführung dieses Gesetzes erlassenen allgemeinen Bestimmungen sind dem Reichstage zur Kenntnis mitzuteilen.

Durch § 47 R.G. soll dem Reichstage die Möglichkeit gegeben werden, die Ausführungsbestimmungen auf ihre Zweckmäßigkeit zu prüfen und gegebenenfalls ihre Abänderung zu beschließen.

2. Gültigkeit landesrechtlicher Vorschriften.

§ 48 R.G. Landesrechtliche Vorschriften über die Bekämpfung anderer als der im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Nach §§ 22, 24, 25 und 27 R.G. werden die Bestimmungen zur Ausführung des Reichsgesetzes vom Bundesrat erlassen. Da Reichsrecht vor Landesrecht geht, sind die Landesregierungen zum Erlaß von Ausführungsbestimmungen zum Reichsgesetz nicht befugt. Ihnen liegt vielmehr nach § 37 Abs. 1 R.G. lediglich die Anordnung und Leitung der Abwehr- und Unterdrückungsmaßregeln ob.

Demgegenüber aber wird das Recht der einzelnen Bundesstaaten, die Bekämpfung der übrigen übertragbaren Krankheiten innerhalb ihres Staatsgebietes selbständig zu regeln, ausdrücklich anerkannt, und die

Grundlage für die Seuchengesetzgebung in den einzelnen Bundesstaaten gegeben.

In der Begründung zum Reichsgesetz wird ausgeführt, daß die Abwehr und Unterdrückung der weniger gefährlichen, in § 1 Abs. 1 nicht mitgenannten übertragbaren Krankheiten ohne Gefährdung des Gemeinwohls den Landesregierungen überlassen bleiben kann, und daß nur bezüglich der Anzeigepflicht durch § 5 Abs. 2 die Möglichkeit einer Ausdehnung durch den Bundesrat vorbehalten bleiben soll. Die eigentliche Bekämpfung, insbesondere die Anordnung der Abwehr- und Unterdrückungsmaßregeln, soll den Landesregierungen überlassen bleiben.

3. Datum des Inkrafttretens des Reichsgesetzes.

§ 49 R.G. Dieses Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündigung in Kraft.

Das Gesetz ist am 30. Juni 1900 Allerhöchst vollzogen worden unter Gegenzeichnung des Stellvertreters des Reichskanzlers, Staatssekretärs des Innern Grafen von Posadowsky-Wehner, und an diesem Tage in Kraft getreten.

II. Schlußbestimmungen zum Preußischen Gesetz vom 28. August 1905.

1. Aufhebung bestehender Seuchengesetze.

§ 37 P.G. Mit dem Zeitpunkte des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes werden die zur Zeit bestehenden gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung ansteckender Krankheiten aufgehoben.

Insbesondere treten die Vorschriften des Regulativs vom 8. August 1835 (Gesetzsamml. S. 240), jedoch unbeschadet der Bestimmung des § 10 Abs. 3 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, vom 16. September 1899 (Gesetzsamml. S. 172), über die Belassung der Sanitätskommissionen in größeren Städten, außer Kraft.

Unberührt bleiben auch die Vorschriften des § 55 des Regulativs sowie die sonst bestehenden gesetzlichen Vorschriften über Zwangsimpfungen bei dem Ausbruche einer Pockenepidemie.

Durch § 37 Abs. 1 wurden die bis dahin bestehenden gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten aufgehoben, und wurde dem unerwünschten Zustande ein Ende gemacht, daß in den einzelnen Provinzen des preußischen Staates ganz verschiedene Vorschriften bezüglich der Seuchenbekämpfung bestanden, da das Regulativ von 1835 nur für die sogenannten alten Provinzen Gültigkeit besaß.

Durch § 37 Abs. 2 wurde speziell das Regulativ vom 8. Aug. 1835 aufgehoben, doch sollen zwei Bestimmungen desselben in Kraft bleiben, nämlich einmal diejenige, die sich auf Sanitätskommissionen in größeren Städten bezieht, und sodann diejenige, welche von Zwangsimpfungen bei dem Ausbruch einer Pockenepidemie handelt (§ 55 des Regulativs). Die Aufrechterhaltung dieser und der sonst bestehenden gesetzlichen Vorschriften über Zwangsimpfungen war notwendig, weil das Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874 keinerlei Vorschriften über Zwangsimpfungen enthält, sondern sich in § 18 Abs. 3 nur auf die landesrechtlichen Bestimmungen über Zwangsimpfungen bezieht. Wäre also das Regulativ von 1835 in vollem Umfange aufgehoben worden, so wäre damit in Preußen das Recht, Zwangsimpfungen anzuordnen, in Fortfall gekommen. Dies wäre um so verhängnisvoller geworden, als auch in der Anweisung des Bundesrats über die Bekämpfung der Pocken eine Vorschrift über die Vornahme von Zwangsimpfungen nicht enthalten ist.

Was die alten Sanitätskommissionen betrifft, so ist die einzige Stadt, welche auf die Erhaltung derselben Wert gelegt hat, die Stadt Berlin.

2. Datum des Inkrafttretens des preußischen Gesetzes.

§ 38 Abs. 1 u. 2 P.G. Diejenigen Vorschriften des gegenwärtigen Gesetzes, welche sich auf Genickstarre beziehen, treten mit dem Tage der Verkündigung dieses Gesetzes in Kraft.

Im übrigen wird der Zeitpunkt des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes durch Königliche Verordnung bestimmt.

Bei Erlaß des Gesetzes bestand der Wunsch, mit demselben zugleich auch die Ausführungsbestimmungen zu veröffentlichen. Das Gesetz wurde am 28. August 1905 Allerhöchst vollzogen, als Tag der Gültigkeit des Gesetzes jedoch durch Allerhöchsten Erlaß vom 10. Oktober 1905 der 20. Oktober 1905 festgesetzt.

Mit Rücksicht darauf jedoch, daß die übertragbare Genickstarre im Jahre 1905 in verschiedenen Teilen des preußischen Staates, namentlich in Oberschlesien in epidemischer Verbreitung herrschte,

wurde bestimmt, daß das Gesetz, soweit es sich auf diese Krankheit bezieht, mit dem Tage der Verkündigung, also am 28. August 1905, in Kraft treten sollte.

3. Zuständigkeit für den Erlaß von Ausführungsbestimmungen.

§ 38 Abs. 3 P.G. Der Minister der Medizinalangelegenheiten erläßt, und zwar, soweit der Geschäftsbereich anderer Minister beteiligt ist, im Einvernehmen mit diesen, die zur Ausführung des Gesetzes erforderlichen Bestimmungen.

Die Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz hat in Preußen der Medizinalminister zu erlassen, und zwar, soweit der Geschäftsbereich anderer Minister dabei beteiligt ist, im Einvernehmen mit diesen. Ressortmäßig beteiligt sind der Minister des Innern, der Finanzminister, der Minister für Landwirtschaft, Domänen und Forsten (wegen Milzbrand und Rotz) und der Minister für Handel und Gewerbe (wegen etwaiger Beschränkungen von Gewerbebetrieben). Auf Grund dieser Bestimmung wurden bereits am 7. Oktober 1905 Ausführungsbestimmungen erlassen. Diese wurden noch ergänzt durch die unter dem 10. August 1906 erlassenen Anweisungen des Medizinalministers für die Bekämpfung der Diphtherie, der übertragbaren Genickstarre, des Kindbettfiebers, der Körnerkrankheit, der übertragbaren Ruhr, des Scharlach, des Typhus, des Milzbrandes und des Rotzes. Die Ausführungsbestimmungen vom 7. Oktober 1905 wurden wieder aufgehoben und ersetzt durch die allgemeinen Ausführungsbestimmungen vom 15. September 1906. Am 9. Juli 1907 erging der Erlaß, betreffend die Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schule.

Anhang.

Gesetze und Ausführungsbestimmungen.

I. Deutsches Reich.

1. Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Vom 30. Juni 1900.

(Reichsges.-Bl. S. 306 u. flg.)

Anzeigepflicht.

§ 1. Jede Erkrankung und jeder Todesfall an
Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern),
sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

Wechselt der Erkrankte den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsorts zur Anzeige zu bringen.

§ 2. Zur Anzeige sind verpflichtet:
1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,
4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter Nr. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

§ 3. Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

Auf Schiffen oder Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter. Der Bundesrat ist ermächtigt, Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

§ 4. Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

§ 5. Landesrechtliche Bestimmungen, welche eine weitergehende Anzeigepflicht begründen, werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Durch Beschluß des Bundesrats können die Vorschriften über die Anzeigepflicht (§§ 1 bis 4) auf andere als die im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten ausgedehnt werden.

Ermittelung der Krankheit.

§ 6. Die Polizeibehörde muß, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens einer der im § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten) Kenntnis erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet ist. In Notfällen kann der beamtete Arzt die Ermittelung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist.

In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern ist nach den Bestimmungen des Abs. 1 auch dann zu verfahren, wenn Erkrankungs- oder Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten Teile der Ortschaft, welcher von der Krankheit bis dahin verschont geblieben war, vorkommen.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann Ermittelungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen. Solange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzte Ermittelungen nur im Einverständnisse mit der unteren Verwaltungsbehörde und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

§ 7. Dem beamteten Arzte ist, soweit er es zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält, der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Auch kann bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

Der behandelnde Arzt ist berechtigt, den Untersuchungen, insbesondere auch der Leichenöffnung beizuwohnen.

Die in §§ 2 und 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen.

§ 8. Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen.

§ 9. Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. Der Vorsteher der Ortschaft hat den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweitige Verfügung getroffen wird.

§ 10. Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, kann durch die zuständige Behörde angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.

Schutzmaßregeln.

§ 11. Zur Verhütung der Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln nach Maßgabe der §§ 12 bis 21 polizeilich angeordnet werden.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 12. Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen werden. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte ist zu diesem Zwecke nur bei Personen zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

§ 13. Die höhere Verwaltungsbehörde kann für den Umfang ihres Bezirkes oder für Teile desselben anordnen, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde zu melden sind.

§ 14. Für kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen kann eine Absonderung angeordnet werden.

Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

Auf die Absonderung krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen finden die Bestimmungen des Abs. 2 sinngemäße Anwendung. Jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen nicht in demselben Raume mit kranken Personen untergebracht werden. Ansteckungsverdächtige Personen dürfen in demselben Raume mit krankheitsverdächtigen Personen nur untergebracht werden, soweit der beamtete Arzt es für zulässig hält.

Wohnungen oder Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden.

Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden.

§ 15. Die Landesbehörden sind befugt, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind,

1. hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung, sowie hinsichtlich des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Überwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln anzuordnen; die Ausfuhr von Gegenständen der bezeichneten Art darf aber nur für Ortschaften verboten werden, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind,
2. Gegenstände der in Nr. 1 bezeichneten Art vom Gewerbebetrieb im Umherziehen auszuschließen,
3. die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, zu verbieten oder zu beschränken,
4. die in der Schiffahrt, der Flößerei oder sonstigen Transportbetrieben beschäftigten Personen einer gesundheitspolizeilichen Überwachung zu unterwerfen und kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen sowie Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, von der Beförderung auszuschließen.
5. den Schiffahrts- und Flößereiverkehr auf bestimmte Tageszeiten zu beschränken.

§ 16. Jugendliche Personen aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, können zeitweilig vom Schul- und Unterrichtsbesuche ferngehalten werden. Hinsichtlich der sonstigen für die Schulen anzuordnenden Schutzmaßregeln bewendet es bei den landesrechtlichen Bestimmungen.

§ 17. In Ortschaften, welche von Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden.

§ 18. Die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten.

§ 19. Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden.

Für Reisegepäck und Handelswaren ist bei Aussatz, Cholera und Gelbfieber die Anordnung der Desinfektion nur dann zulässig, wenn die Annahme, daß die Gegenstände mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, durch besondere Umstände begründet ist.

Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnisse zum Werte der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden.

§ 20. Zum Schutze gegen Pest können Maßregeln zur Vertilgung und Fernhaltung von Ratten, Mäusen und anderem Ungeziefer angeordnet werden.

§ 21. Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an einer gemeingefährlichen Krankheit gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden.

§ 22. Die Bestimmungen über die Ausführung der in den §§ 12 bis 21 vorgesehenen Schutzmaßregeln, insbesondere der Desinfektion, werden vom Bundesrat erlassen.

§ 23. Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten notwendig sind, zu treffen. Wegen Aufbringung der erforderlichen Kosten findet die Bestimmung des § 37 Abs. 2 Anwendung.

§ 24. Zur Verhütung der Einschleppung der gemeingefährlichen Krankheiten aus dem Auslande kann der Einlaß der Seeschiffe von der Erfüllung gesundheitspolizeilicher Vorschriften abhängig gemacht sowie

1. der Einlaß anderer dem Personen- oder Frachtverkehre dienenden Fahrzeuge,
2. die Ein- und Durchfuhr von Waren und Gebrauchsgegenständen,
3. der Eintritt und die Beförderung von Personen, welche aus dem von der Krankheit befallenen Lande kommen,

verboten oder beschränkt werden.

Der Bundesrat ist ermächtigt, Vorschriften über die hiernach zu treffenden Maßregeln zu beschließen. Soweit sich diese Vorschriften auf die gesundheitspolizeiliche Überwachung der Seeschiffe beziehen, können sie auf den Schiffsverkehr zwischen deutschen Häfen erstreckt werden.

§ 25. Wenn eine gemeingefährliche Krankheit im Ausland oder im Küstengebiete des Reichs ausgebrochen ist, so bestimmt der Reichskanzler oder für das Gebiet des zunächst bedrohten Bundesstaats im Einvernehmen mit dem Reichskanzler die Landesregierung, wann und in welchem Umfange die gemäß § 34 Abs. 2 erlassenen Vorschriften in Vollzug zu setzen sind.

§ 26. Der Bundesrat ist ermächtigt, Vorschriften über die Ausstellung von Gesundheitspässen für die aus deutschen Häfen ausgehenden Seeschiffe zu beschließen.

§ 27. Der Bundesrat ist ermächtigt, über die bei der Ausführung wissenschaftlicher Arbeiten mit Krankheitserregern zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln sowie über den Verkehr mit Krankheitserregern und deren Aufbewahrung Vorschriften zu erlassen.

Entschädigungen.

§ 28. Personen, welche der Invalidenversicherung unterliegen, haben für die Zeit, während der sie auf Grund des § 12 in der Wahl des Aufenthalts oder

der Arbeitsstätte beschränkt oder auf Grund des § 14 abgesondert sind, Anspruch auf eine Entschädigung wegen des ihnen dadurch entgangenen Arbeitsverdienstes, bei deren Berechnung als Tagesarbeitsverdienst der dreihundertste Teil des für die Invalidenversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde zu legen ist.

Dieser Anspruch fällt weg, insoweit auf Grund einer auf gesetzlicher Verpflichtung beruhenden Versicherung wegen einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit Unterstützung gewährt wird oder wenn eine Verpflegung auf öffentliche Kosten stattfindet.

§ 29. Für Gegenstände, welche infolge einer nach Maßgabe dieses Gesetzes polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion derart beschädigt worden sind, daß sie zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, oder welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet worden sind, ist, vorbehaltlich der in §§ 32 und 33 angegebenen Ausnahmen, auf Antrag Entschädigung zu gewähren.

§ 30. Als Entschädigung soll der gemeine Wert des Gegenstandes gewährt werden ohne Rücksicht auf die Minderung des Wertes, welche sich aus der Annahme ergibt, daß der Gegenstand mit Krankheitsstoff behaftet sei. Wird der Gegenstand nur beschädigt oder teilweise vernichtet, so ist der verbleibende Wert auf die Entschädigung abzurechnen.

§ 31. Die Entschädigung wird, sofern ein anderer Berechtigter nicht bekannt ist, demjenigen gezahlt, in dessen Gewahrsam sich der beschädigte oder vernichtete Gegenstand zur Zeit der Desinfektion befand. Mit dieser Zahlung erlischt jede Entschädigungsverpflichtung aus § 29.

§ 32. Eine Entschädigung auf Grund dieses Gesetzes wird nicht gewährt:

1. für Gegenstände, welche im Eigentume des Reichs, eines Bundesstaats oder einer kommunalen Körperschaft sich befinden;
2. für Gegenstände, welche entgegen einem auf Grund des § 15 Nr. 1 oder des § 24 erlassenen Verbot aus- oder eingeführt worden sind.

§ 33. Der Anspruch auf Entschädigung fällt weg:

1. wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde, die beschädigten oder vernichteten Gegenstände oder einzelne derselben an sich gebracht hat, obwohl er wußte oder den Umständen nach annehmen mußte, daß dieselben bereits mit dem Krankheitsstoffe behaftet oder auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren;
2. wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde oder in dessen Gewahrsam die beschädigten oder vernichteten Gegenstände sich befanden, zu der Desinfektion durch eine Zuwiderhandlung gegen dieses Gesetz oder eine auf Grund desselben getroffene Anordnung Veranlassung gegeben hat.

§ 34. Die Kosten der Entschädigungen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Im übrigen bleibt der landesrechtlichen Regelung vorbehalten, Bestimmungen darüber zu treffen:

1. von wem die Entschädigung zu gewähren und wie dieselbe aufzubringen ist,
2. binnen welcher Frist der Entschädigungsanspruch geltend zu machen ist,
3. wie die Entschädigung zu ermitteln und festzustellen ist.

Allgemeine Vorschriften.

§ 35. Die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser und für Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen.

Die Gemeinden sind verpflichtet, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Mißstände Sorge zu tragen. Sie können nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art, sofern dieselben zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind, jederzeit angehalten werden.

Das Verfahren, in welchem über die hiernach gegen die Gemeinden zulässigen Anordnungen zu entscheiden ist, richtet sich nach Landesrecht.

§ 36. Beamtete Ärzte im Sinne dieses Gesetzes sind Ärzte, welche vom Staate angestellt sind oder deren Anstellung mit Zustimmung des Staates erfolgt ist.

An Stelle der beamteten Ärzte können im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen andere Ärzte zugezogen werden. Innerhalb des von ihnen übernommenen Auftrags gelten die letzteren als beamtete Ärzte und sind befugt und verpflichtet, diejenigen Amtsverrichtungen wahrzunehmen, welche in diesem Gesetz oder in den hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen den beamteten Ärzten übertragen sind.

§ 37. Die Anordnung und Leitung der Abwehr- und Unterdrückungsmaßregeln liegt den Landesregierungen und deren Organen ob.

Die Zuständigkeit der Behörden und die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

Die Kosten der auf Grund des § 6 angestellten behördlichen Ermittelungen, der Beobachtung in den Fällen des § 12, ferner auf Antrag die Kosten der auf Grund des § 19 polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion und der auf Grund des § 21 angeordneten besonderen Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten.

Die Landesregierungen bestimmen, welche Körperschaften unter der Bezeichnung Gemeinde, weiterer Kommunalverband und kommunale Körperschaft zu verstehen sind.

§ 38. Die Behörden der Bundesstaaten sind verpflichtet, sich bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gegenseitig zu unterstützen.

§ 39. Die Ausführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmaßregeln liegt, insoweit davon

1. dem aktiven Heere oder der aktiven Marine angehörende Militärpersonen,
2. Personen, welche in militärischen Dienstgebäuden oder auf den zur Kaiserlichen Marine gehörigen oder von ihr gemieteten Schiffen und Fahrzeugen untergebracht sind,
3. marschierende oder auf dem Transporte befindliche Militärpersonen und Truppenteile des Heeres und der Marine sowie die Ausrüstungs- und Gebrauchsgegenstände derselben,
4. ausschließlich von der Militär- oder Marineverwaltung benutzte Grundstücke und Einrichtungen

betroffen werden, den Militär- und Marinebehörden ob.

Auf Truppenübungen finden die nach diesem Gesetze zulässigen Verkehrsbeschränkungen keine Anwendung.

Der Bundesrat hat darüber Bestimmung zu treffen, inwieweit von dem Auftreten des Verdachts und von dem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit sowie von dem Verlauf und dem Erlöschen der Krankheit sich die Militär- und Polizeibehörden gegenseitig in Kenntnis zu setzen haben.

§ 40. Für den Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverkehr sowie für Schiffahrtsbetriebe, welche im Anschluß an den Eisenbahnverkehr geführt werden und der staatlichen Eisenbahnaufsichtsbehörde unterstellt sind, liegt die Ausführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmaßregeln ausschließlich den zuständigen Reichs- und Landesbehörden ob.

Inwieweit die auf Grund dieses Gesetzes polizeilich angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfektionsmaßnahmen

1. auf Personen, welche während der Beförderung als krank, krankheits- oder ansteckungsverdächtig befunden werden,
2. auf die im Dienste befindlichen oder aus dienstlicher Veranlassung vorübergehend außerhalb ihres Wohnsitzes sich aufhaltenden Beamten und Arbeiter der Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverwaltungen sowie der genannten Schiffahrtsbetriebe

Anwendung finden, bestimmt der Bundesrat.

§ 41. Dem Reichskanzler liegt ob, die Ausführung dieses Gesetzes und der auf Grund desselben erlassenen Anordnungen zu überwachen.

Wenn zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten Maßregeln erforderlich sind, von welchen die Gebiete mehrerer Bundesstaaten betroffen werden, so hat der Reichskanzler oder ein von ihm bestellter Kommissar für Herstellung und Erhaltung der Einheit in den Anordnungen der Landesbehörden zu sorgen und zu diesem Behufe das Erforderliche zu bestimmen, in dringenden Fällen auch die Landesbehörden unmittelbar mit Anweisungen zu versehen.

§ 42. Ist in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen. Der Bundesrat ist ermächtigt zu bestimmen, inwieweit im späteren Verlaufe dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Mitteilungen über Erkrankungs- und Todesfälle zu machen sind.

§ 43. In Verbindung mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamte wird ein Reichsgesundheitsrat gebildet. Die Geschäftsordnung wird vom Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats festgestellt. Die Mitglieder werden vom Bundesrate gewählt.

Der Reichsgesundheitsrat hat das Gesundheitsamt bei der Erfüllung der diesem Amte zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen. Er ist befugt, den Landesbehörden auf Ansuchen Rat zu erteilen. Er kann sich, um Auskunft zu erhalten, mit den ihm zu diesem Zwecke zu bezeichnenden Landesbehörden unmittelbar in Verbindung setzen, sowie Vertreter absenden, welche unter Mitwirkung der zuständigen Landesbehörden Aufklärungen an Ort und Stelle einziehen.

Strafvorschriften.

§ 44. Mit Gefängnis bis zu drei Jahren wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt;
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung oder Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den auf Grund des § 22 vom Bundesrate beschlossenen Bestimmungen entsprechend desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder anderen zur Benutzung überläßt.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark erkannt werden.

§ 45. Mit Geldstrafe von zehn bis einhundertfünfzig Mark oder mit Haft nicht unter einer Woche wird bestraft:

1. wer die ihm nach den §§ 2, 3 oder nach den auf Grund des § 5 vom Bundesrate beschlossenen Vorschriften obliegende Anzeige unterläßt oder länger als 24 Stunden, nachdem er von der anzuzeigenden Tatsache Kenntnis erhalten hat, verzögert. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;
2. wer im Falle des § 7 dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert;
3. wer den Bestimmungen im § 7 Abs. 3 zuwider über die daselbst bezeichneten Umstände dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;
4. wer den auf Grund des § 13 erlassenen Anordnungen zuwiederhandelt.

§ 46. Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer den im Falle des § 9 von dem beamteten Arzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den auf Grund des § 10 von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt;
2. wer den auf Grund des § 12, des § 14 Abs. 5, der §§ 15, 17, 19 bis 22 getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt;
3. wer den auf Grund der §§ 24, 26, 27 erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt.

Schlußbestimmungen.

§ 47. Die vom Bundesrate zur Ausführung dieses Gesetzes erlassenen allgemeinen Bestimmungen sind dem Reichstage zur Kenntnis mitzuteilen.

§ 48. Landesrechtliche Vorschriften über die Bekämpfung anderer als der im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

§ 49. Dieses Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Kaiserlichen Insiegel.

Gegeben Travemünde, den 30. Juli 1900.

(Siegel). Wilhelm.

Gr. v. Posadowsky.

---

2. Grundsätze für die gesundheitliche Überwachung des Binnenschiffahrts- und Flößereiverkehrs.

(Anlage 9 der Anweisung zur Bekämpfung der Cholera vom 28. Januar 1904.)

1. Zur Verhütung der Choleraverbreitung durch den Binnenschiffahrts- oder Flößereiverkehr werden (falls nicht für einzelne Stromstrecken Einschränkungen sich empfehlen) alle stromauf- oder stromabwärts fahrenden oder auf dem Strome liegenden Fahrzeuge (Schiffe jeder Art und Größe sowie Flöße) womöglich täglich nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften ärztlich untersucht. Die ärztliche Untersuchung erfolgt in Überwachungsbezirken entweder auf dem Strome während der Fahrt oder an bestimmten Überwachunsgstellen. Um dem Überwachungsdienst innerhalb eines in Betracht kommenden Stromgebietes die erforderliche Einheitlichkeit zu sichern, ist es zweckmäßig, die Leitung des gesamten Dienstes einem hierfür besonders zu ernennenden Kommissar zu übertragen.

Inwieweit Dienstfahrzeuge der Überwachung unterliegen sollen, richtet sich nach den besonderen Vereinbarungen zwischen dem Kommissar und den beteiligten Verwaltungen.

2. Es empfiehlt sich, jedem Überwachungsbezirke zwei Ärzte zuzuteilen. Dem einen Arzte wird die Leitung des gesamten Überwachungsdienstes innerhalb des Bezirkes, einem anderen die Stellvertretung des Leiters, im Falle derselbe amtlich in Anspruch genommen oder sonst behindert ist, übertragen.

Dem leitenden Arzte wird seitens der zuständigen Verwaltungsbehörde das nötige Personal an Polizeibeamten, Bootsleuten, Krankenwärtern und Mannschaften zur Fortschaffung von Kranken und Verstorbenen und zur Durchführung der Desinfektion überwiesen, soweit es nicht für zweckmäßig erachtet wird, die Annahme desselben den leitenden Ärzten selbst zu übertragen.

Innerhalb eines Bezirkes können nach Bedarf Nebenüberwachungsstellen eingerichtet werden, welche in der Regel nur mit einem Arzte zu besetzen sind.

3. Für den Dienst auf dem Strome wird für jeden Überwachungsbezirk mindestens ein Dampfer bereit gestellt.

Die Dampfer sind mit den nötigen Arznei- und Desinfektionsmitteln, einer Krankentrage und mit einem so ausreichenden Vorrat an einwandfreiem Trinkwasser dauernd ausgerüstet zu halten, daß von letzterem erforderlichenfalls ein Teil an die vorüberkommenden Fahrzeuge abgegeben werden kann.

Neben den Dampfern sind für jeden Überwachungsbezirk die nötigen Boote zur Verfügung zu stellen.

Sämtliche Dienstfahrzeuge der Überwachungsbezirke führen eine weiße Flagge.

Es empfiehlt sich, die etwaigen Telephonanlagen der Strombau- oder anderer Verwaltungen für den Überwachungsdienst zur Verfügung zu stellen.

4. Jede Überwachungsstelle ist durch eine weithin sichtbare Tafel mit der Aufschrift „Überwachungsstelle — Halt!“ und durch eine große, weiße Flagge kenntlich zu machen.

In jedem Überwachungsbezirk und zwar in möglichster Nähe der Überwachungsstellen sind, falls nicht bereits vorhanden, Einrichtungen zu treffen, welche gesondert

a) die Unterbringung und Behandlung von Kranken,

b) die Unterbringung und Beobachtung von Verdächtigen ermöglichen.

Auch sind die erforderlichen Desinfektionsmittel in genügender Menge zu beschaffen und bereit zu halten.

An den Überwachungsstellen und anderen geeigneten Orten der Überwachungsbezirke, insbesondere den regelmäßigen Anlegestellen, ist dafür Sorge zu tragen, daß die Fahrzeuge einwandfreies Trinkwasser einnehmen können. Die Stellen, an denen das Wasser zu entnehmen ist, sind durch Tafeln oder dgl. kenntlich zu machen, auf denen in weithin lesbarer Schrift der Vermerk „Wasser für Schiffer“ anzubringen sein wird. Die mit dem Untersuchungsdienste betrauten Beamten haben darauf zu achten, daß jedes Fahrzeug brauchbares Trinkwasser an Bord hat. Bei jeder Schiffsuntersuchung ist die Bemannung eindringlich vor der Gefahr des Trinkens und sonstiger Benutzung von Fluß- und Kanalwasser zu warnen. Auch ist dahin zu wirken, daß jeder Schiffsführer sich im Besitze der Druckschrift: „Wie schützt sich der Schiffer vor Cholera? Zusammengestellt im Kaiserlichen Gesundheitsamte“, befindet.

Es ist Vorsorge zu treffen, daß im Bedarfsfalle die Benutzung von Begräbnisplätzen für Beerdigung von Choleraleichen nicht auf Schwierigkeiten stößt.

Die Vorstände der Überwachungsbezirke haben bei jeder Gelegenheit darauf zu achten und dahin zu wirken, daß nichts, was zur Verbreitung der Cholera geeignet ist, insbesondere nicht Stuhlentleerungen, undesinfiziert in das Wasser gelangen. Es ist darauf hinzuwirken, daß besondere Gefäße zur Aufnahme von Stuhlentleerungen auf jedem Fahrzeuge vorhanden sind.

5. Die in dem Stromgebiete verkehrenden Fahrzeuge sind, unbeschadet der für die regelmäßig verkehrenden Personendampfer etwa anzuordnenden Ausnahmen, zu verpflichten, an jeder Überwachungsstelle ohne Aufforderung anzuhalten und das Untersuchungspersonal an Bord zu nehmen.

Dieselbe Verpflichtung ist den auf dem Strome befindlichen Fahrzeugen für den Fall aufzuerlegen, daß sie von dem durch die weiße Flagge kenntlichen Untersuchungsfahrzeuge durch einen Befehl (Anrufen, Dampfpfeife, Glockenzeichen oder Heben und Senken der Flagge) dazu aufgefordert werden.

Jedes auf dem Strome verkehrende Fahrzeug hat eine gelbe und eine schwarze Flagge bei sich zu führen. Die gelbe Flagge ist bei dem Vorhandensein einer unter den Erscheinungen der Cholera erkrankten Person, die schwarze Flagge bei dem Vorhandensein einer Leiche aufzuziehen. Fahrzeuge, auf denen sich eine solche Person oder eine Leiche befindet, haben bei Annäherung eines Untersuchungsfahrzeuges ohne Aufforderung zu halten.

In welchem Umfange der Schiffahrtsverkehr während der Nachtstunden zu beschränken ist, wird mit Rücksicht auf die dabei in Betracht kommenden Umstände (örtliche Verhältnisse, Jahreszeit) festzusetzen sein.

6. Die in Nr. 1 vorgesehene Untersuchung ist so zu handhaben, daß den Fahrzeugen ein möglichst geringer Aufenthalt bereitet und der Verkehr so wenig als möglich gehemmt wird. Sie wird folgendermaßen ausgeführt:

Der Arzt begibt sich, nötigenfalls in Begleitung eines Polizeibeamten, auf das Fahrzeug und unterzieht alle auf diesem befindlichen Personen einer Untersuchung auf Choleraerkrankung, der begleitende Polizeibeamte durchsucht das Fahrzeug nach etwa versteckten Personen. Werden Personen, welche unter den Erscheinungen der Cholera erkrankt sind, vorgefunden, so sind sie sofort vom Fahrzeuge zu entfernen, ebenso grundsätzlich die übrigen Insassen. Diese sind in den in Nr. 4 bezeichneten Räumen unterzubringen. Sofern zur Absonderung der anscheinend Gesunden ausreichende Unterkunftsräume nicht vorhanden sind, können solche Personen vorläufig auf dem Fahrzeug belassen werden.

Die Beobachtung der anscheinend Gesunden hat fünf Tage zu dauern. Er-

eignete sich die Erkrankung auf einem dem regelmäßigen Personenverkehr dienenden Dampfer, so werden nach Lage des Falles weniger störende Anordnungen zu treffen sein.

Zur Fortschaffung von Kranken sind die Untersuchungsfahrzeuge tunlichst nicht zu benutzen. In der Regel wird dazu der Handkahn des untersuchten Fahrzeugs verwendet werden können. Derselbe ist vor der Zurückgabe zu desinfizieren.

Von den Ausleerungen der Kranken ist sofort eine Probe an die dazu bestimmte Untersuchungsstelle abzusenden. Zur Versendung geeignete Gefäße und Verpackungsmaterial sind vorrätig zu halten.

Die Kleidungs- und Wäschestücke der Kranken sind sofort zu desinfizieren. Das Bettstroh ist zu verbrennen. Die Wohn- und Schlafräume, die Küche, der Abort bezw. das zu Stuhlentleerungen bestimmte Gefäß, sowie das Kiel-(Bilge-) Wasser des Fahrzeugs, auf welchem ein Kranker vorgefunden wurde, sind zu desinfizieren; außerdem sind alle Räume des Fahrzeugs auf etwa vorhandene Ausleerungen zu durchsuchen.

Für die Bewachung des geräumten Fahrzeugs ist Sorge zu tragen.

Die erforderlichen Desinfektionen sind nach Maßgabe der Desinfektionsanweisung bei Cholera auszuführen.

7. Die vorgeschriebenen Desinfektionsmaßregeln sind unter der persönlichen Verantwortung des leitenden Arztes auszuführen, und zwar, bis völlig sichere Hilfskräfte herangebildet sind, unter der persönlichen Aufsicht des Arztes.

8. Diejenigen Fahrzeuge, auf denen Choleraleichen oder verdächtig Erkrankte vorgefunden wurden, sind nach erfolgter Desinfektion fünf Tage lang zu beobachten.

Eine Beobachtung von gleicher Dauer kann über solche Fahrzeuge verhängt werden, deren Führer oder Mannschaften ihre Person oder ihre Fahrzeuge der Untersuchung zu entziehen suchen, den Untersuchungsbeamten Widerstand leisten oder sonst die Annahme begründet erscheinen lassen, daß eine Verheimlichung von cholerakranken oder choleraverdächtigen Personen oder verseuchten Gegenständen und eine Vereitelung der zur Verhütung der Choleraeinschleppung oder Verbreitung vorgeschriebenen Maßregeln beabsichtigt wird.

9. Werden auf dem untersuchten Fahrzeuge Kranke nicht gefunden, so wird dem Fahrzeuge nach Erfüllung der Vorschriften unter Nr. 10 die Weiterfahrt gestattet. Es sind jedoch regelmäßig die auf ihm etwa vorhandenen Aborte bezw. die zu Stuhlentleerungen bestimmten Gefäße und, sofern der leitende Arzt es für notwendig hält, auch das Kiel-(Bilge-)Wasser zu desinfizieren.

Bei den regelmäßig verkehrenden Personendampfern kann eine Desinfektion des Kiel-(Bilge-)Wassers bei Gelegenheit der täglichen Untersuchungen unterbleiben, wenn seine Desinfektion in angemessenen Zwischenräumen anderweitig sichergestellt ist.

10. Jedem Führer eines Schiffes oder Floßes ist über die stattgehabte Untersuchung und den Umfang der etwa vorgenommenen Desinfektion eine Bescheinigung nach dem beigegebenen Formular auszustellen, in welcher die auf dem Schiffe vorgefundenen Personen unter gesonderter Angabe der Familienangehörigen des Führers, der Mannschaften und der sonst an Bord befindlichen Personen, wenigstens der Zahl nach, aufgeführt sind. Bei der Untersuchung ist noch besonders darauf zu achten, daß die Zahl der auf dem Schiffe oder Floße anwesenden Personen genau übereinstimmt mit der auf dem letzten Untersuchungsschein angegebenen Zahl der Insassen. Werden weniger Personen auf dem Fahrzeuge vorgefunden als zuletzt angegeben, so sind unverzüglich sorgfältige Ermittelungen über den Verbleib der fehlenden anzustellen und erforderlichenfalls dieserhalb den zuständigen Polizeibehörden Mitteilungen behufs weiterer Veranlassung zu machen. Dieser Personennachweis ist jedoch für die dem regelmäßigen Personenverkehre dienenden Dampfer nicht erforderlich.

Für einzelne Stromstrecken kann es sich empfehlen, auf den Namen lautende Bescheinigungen für jede auf einem Floße befindliche Person auszustellen, auf welchen die Ergebnisse der stattgehabten Untersuchungen vermerkt werden.

Über die Zahl und Art der untersuchten Fahrzeuge, ausgeführten Desinfektionen und angeordneten Beobachtungen sowie über die Zahl der Unter-

suchten an Cholera oder choleraverdächtigen Erscheinungen erkrankten und der Beobachtung überwiesenen Personen sind genaue Nachweisungen zu führen.

11. Die leitenden Ärzte haben über alle Fälle von Cholera und choleraähnlichen Erkrankungen sowie über alle Todesfälle tunlichst genaue Aufklärung namentlich bezüglich der Entstehung und einer etwa bereits erfolgten Krankheitsverschleppung zu suchen, sowie Beobachtungsstoff zur wissenschaftlichen Bearbeitung zu sammeln. Regelmäßige bakteriologische Untersuchungen des Flußwassers sind, soweit ausführbar, zu veranlassen.

Wahrnehmungen von gesundheitspolizeilicher Wichtigkeit, namentlich verdächtige Erkrankungen unter den Bewohnern des Ufergebiets, sind von dem leitenden Arzte unverzüglich und auf kürzestem Wege dem Kommissar oder, wo ein solcher nicht ernannt ist, der zuständigen Polizeibehörde zu melden; ferner ist von dem Arzte über jeden Erkrankungs- und Todesfall, bei welchem Cholera festgestellt ist oder Choleraverdacht vorliegt, telegraphische oder schriftliche Anzeige an den Kommissar, die höhere Verwaltungsbehörde des Bezirks sowie an den zuständigen beamteten Arzt zu erstatten.

Dem Kaiserlichen Gesundheitsamte sind über die gelegentlich der Schiffahrtsüberwachung vorgefundenen Choleraerkrankungen und Todesfälle regelmäßig Mitteilungen auf tunlichst kürzestem Wege zu machen; ebenso ist dieser Behörde der aufgesammelte wissenschaftliche Beobachtungsstoff zugängig zu machen.

Die leitenden Ärzte haben täglich nach Schluß des Dienstes eine Anzeige über den Umfang und das Ergebnis der im Laufe des Tages bewirkten Untersuchungen an den Kommissar zu erstatten. Zu diesem Zwecke empfiehlt es sich, den leitenden Ärzten der Überwachungsbezirke bezw. Überwachungsstellen Postkarten mit Vordruck zu liefern. Diese Karten sind noch am Tage der Ausfertigung zur Post zu befördern.

12. Die zur wirksamen Durchführung der vorstehenden Maßregeln erforderlichen Polizeiverordnungen und sonstigen Verfügungen sind seitens der Landesbehörden zu erlassen. Bei letzteren hat der Kommissar die nötigen Anträge unmittelbar zu stellen.

---

3. Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Pesterregern.

(Anlage 10 der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Pest, vom 3. Juli 1902.)

§ 1. Die Aufbewahrung von lebenden Erregern der Pest sowie die Vornahme von wissenschaftlichen Versuchen mit diesen Erregern ist nur mit Erlaubnis der Landeszentralbehörde gestattet. Für das Kaiserliche Gesundheitsamt tritt an Stelle derselben das Reichsamt des Innern, für Militär- und Marineanstalten das zuständige Kriegsministerium beziehungsweise das Reichsmarineamt.

§ 2. Die Erteilung der Erlaubnis ist von dem Nachweis abhängig, daß für die im § 1 bezeichneten Arbeiten besondere Räume vorhanden sind, welche bezüglich ihrer Beschaffenheit, Einrichtung und Ausstattung folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. Die Räume sollen durch eine massive Wand (ohne Tür) getrennt von anderen Räumen liegen und für sich einen eignen, sicher abschließbaren Eingang besitzen. Das Schloß der Eingangstür darf sich nur mittelst des dazu gehörigen Schlüssels öffnen lassen, nicht durch sogenannte Hauptschlüssel. Grundsätzlich sollen wenigstens zwei Räume vorhanden sein, von denen der eine hauptsächlich für die Züchtung des Erregers und für mikroskopische Untersuchungen und dergleichen, der andere hauptsächlich für Unterbringung, Sektion und Vernichtung der Versuchstiere zu verwenden ist. Die Räume sollen unmittelbar nebeneinander liegen und durch eine abschließbare Zwischentür verbunden sein. Wenn nur ein einziger Raum zur Verfügung steht und

ausnahmsweise für ausreichend erachtet, wird, so empfiehlt es sich, diesen so herzurichten, daß eine sichere, gesonderte Unterbringung der Versuchstiere darin gewährleistet wird.

2. Die Räume sollen gut lüftbar und für Licht überall, namentlich auch in den Winkeln, leicht zugänglich sein, glatte, undurchlässige, leicht zu reinigende und zu desinfizierende Fußböden und Wände haben; sie sollen keine Öffnungen besitzen, durch welche kleinere Tiere oder Ratten schlüpfen können. Lüftungsöffnungen sind mit dichten Drahtnetzen zu überziehen. Die Fenster müssen dicht schließen; werden sie geöffnet, so sind Einsätze mit engmaschigem Drahtgitter einzufügen.
3. Die Räume sollen für sich allein mit allen denjenigen Einrichtungen und Instrumenten ausgestattet sein, welche für die Züchtung von Mikroorganismen und zur Anstellung von Tierversuchen erforderlich sind; namentlich dürfen nicht fehlen:
   a) ein mit sicherem Schlosse versehener Behälter zur Aufbewahrung lebender Kulturen und verdächtigen Materials,
   b) Einrichtungen für sichere Unterbringung der Versuchstiere (am zweckmäßigsten hohe, in Wasserdampf sterilisierbare Glasgefäße mit Drahtumhüllung und fest anschließendem Drahtdeckel mit Watteabschluß), ferner Einrichtungen für die Öffnung der Tiere, für die Vernichtung der Kadaver und sonstiger infizierter Gegenstände, wie Streumaterialien und Futterreste (z. B. Verbrennungsofen, Dampfkochtopf, Gefäße mit konzentrierter Schwefelsäure),
   c) Einrichtungen zur Desinfektion und Reinigung der Hände (Waschvorrichtung) und aller bei den Arbeiten gebrauchten Gegenstände (z. B. Autoklav oder Dampfkochtopf, Heißluftsterilisator).
4. Andere Gegenstände, als die zur Ausführung der Untersuchungen erforderlichen, dürfen in den Räumen nicht untergebracht werden.

§ 3. Bei nicht staatlichen Anstalten mit Arbeitsräumen der im § 2 bezeichneten Beschaffenheit ist die Erteilung der Erlaubnis noch von dem Nachweis abhängig, daß der Leiter den erforderlichen Grad persönlicher Zuverlässigkeit und bakteriologischer Ausbildung besitzt.

Die Erlaubnis ist bei einem Wechsel des Leiters oder einer Veränderung der betreffenden Räume von neuem nachzusuchen. Sie ist jederzeit widerruflich.

§ 4. Der Leiter der im § 1 bezeichneten Versuche hat für die dauernde ordnungsmäßige Instandhaltung und für den gesamten Betrieb in den Arbeitsräumen, namentlich für die Durchführung der bei dem Aufbewahren von Kulturen der Pesterreger sowie bei Tierversuchen mit diesen Erregern zu beobachtenden Maßregeln Sorge zu tragen. Er darf in Behinderungsfällen sowie für einzelne Arbeiten und Verrichtungen nur solche Persönlichkeiten mit seiner Vertretung betrauen oder zu seiner Hilfe heranziehen, welche nach Vorbildung und persönlichen Eigenschaften (Zuverlässigkeit usw.) im stande sind, die volle Verantwortlichkeit zu übernehmen. Ständige Vertreter sind der Landeszentralbehörde namhaft zu machen und bedürfen ebenfalls der Erlaubnis. Ist aus besonderen Gründen anderen Personen der Zutritt zu gestatten, so hat der Leiter die zur Sicherung gegen Ansteckungsgefahr erforderlichen Maßregeln zu treffen.

Es empfiehlt sich, daß die in Pestlaboratorien tätigen Personen (Leiter, Vertreter, Diener) aktiv gegen Pest immunisiert sind.

§ 5. Die Verwendung von Dienern bei Arbeiten mit Pesterregern ist nur dann gestattet, wenn dieselben über die aus einer Verschleppung dieser Krankheitserreger entstehenden Gefahren wohl unterrichtet und in der sachgemäßen Behandlung bakteriologischer Geräte, Kulturen und infizierter Tiere gut ausgebildet sind.

Alle dem Diener etwa übertragenen Arbeiten (wie Reinigung des Laboratoriums, Fütterung der Tiere, Desinfektion und Reinigung der Käfige, Unschädlichmachung und Vernichtung des Mistes, der Streu und der Kadaver) haben nach genauer Anweisung des Leiters zu geschehen.

Der Diener darf nur in Gegenwart und unter Aufsicht des Leiters oder seines Vertreters in den Arbeitsräumen sich aufhalten.

§ 6. Während des Aufenthalts in den Arbeitsräumen sind leicht desinfizierbare und waschbare Schutzkleider zu tragen, welche vor dem Verlassen der Räume wieder abzulegen sind; diese Schutzkleider sind vor der Ausgabe zur Wäsche in den Arbeitsräumen selbst zu desinfizieren.

In den Räumen darf nur bei geschlossenen Türen und Fenstern gearbeitet werden; das Rauchen in den Räumen ist verboten.

Sämtliche mit infektionstüchtigem Material in Berührung gekommenen Gegenstände, ausgenommen das zur Aufbewahrung bestimmte Material, sind möglichst sofort zu desinfizieren oder zu vernichten.

Bei den Arbeiten mit Versuchstieren ist namentlich sorgfältig darauf zu achten, daß ein Entweichen von Tieren oder eine Verstreuung von infektionstüchtigem Material nicht stattfindet.

Tiere, welche in den Arbeitsräumen untergebracht waren, sind in diesen selbst zu vernichten; die Kadaver werden zweckmäßig entweder verbrannt, oder in konzentrierter Schwefelsäure aufgelöst, oder mittelst Dampfes sterilisiert.

Die Arbeitsräume sind außerhalb der Zeit ihrer Benutzung sicher verschlossen zu halten.

Vor dem Verlassen der Räume hat sich der Leiter oder sein Vertreter zu vergewissern, daß die Versuchstiere und Kulturen sicher untergebracht sind, und daß Infektionsmaterial nicht verstreut ist.

§ 7. Die Kulturen der Pesterreger sowie das mit solchen behaftete Material sollen in einem besonderen Behälter (§ 2 Ziff. 3a) unter sicherem Verschluß aufbewahrt werden und dürfen den Dienern nicht zugänglich sein.

§ 8. Der Handel mit Kulturen der Pesterreger, sowie die Überlassung solcher Kulturen an Personen, welche die im § 1 bezeichnete Erlaubnis nicht besitzen, sind verboten.

§ 9. Die Versendung von lebenden Kulturen der Pesterreger erfolgt in zugeschmolzenen Glasröhren, die, umgeben von einer weichen Hülle (Filtrierpapier und Watte oder Holzwolle), in einem durch übergreifenden Deckel gut verschlossenen Blechgefäß stehen; das letztere ist seinerseits noch in einer Kiste mit Holzwolle oder Watte zu verpacken. Es empfiehlt sich, nur frisch angelegte, noch nicht im Brutschranke gehaltene Aussaaten auf festem Nährboden zu versenden. In entsprechender Weise wie die Kulturen ist Pestmaterial zu verpacken.

Die Sendung muß mit starkem Bindfaden umschnürt, versiegelt und mit deutlich geschriebener Adresse sowie mit dem Vermerke „Vorsicht!“ versehen werden. Bei Beförderung durch die Post ist die Sendung als dringendes Paket aufzugeben und dem Empfänger telegraphisch anzukündigen.

§ 10. Durch diese Vorschriften werden nicht betroffen Untersuchungen des behandelnden approbierten Arztes zu ausschließlich diagnostischen Zwecken bis zur Feststellung des Krankheitscharakters nach üblichen bakteriologischen Untersuchungsmethoden; durch solche Untersuchungen darf jedoch die Meldung pestverdächtiger Fälle keinen Aufschub erleiden.

Auch werden durch diese Vorschriften die allgemeinen disziplinaren Verhältnisse der Leiter von Versuchen mit Pesterregern zu den Vorstehern der Anstalten, an welchen sie beschäftigt werden, nicht berührt.

---

4. Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern, ausgenommen Pesterreger.

(Anlage zur Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 4. Mai 1904.)

§ 1. Wer mit den Erregern der Cholera oder des Rotzes oder mit Material, welches solche Erreger enthält, arbeiten will, ferner wer derartige Erreger in lebendem Zustande aufbewahren oder abgeben will, bedarf dazu der Erlaubnis der Landeszentralbehörde. An Stelle der letzteren treten für das Kaiserliche Gesundheitsamt das Reichsamt des Innern, für Militäranstalten das zuständige Kriegsministerium, für Marineanstalten das Reichsmarineamt. Die Erlaubnis darf

nur für bestimmte Räume und nur nach Ausweis der erforderlichen wissenschaftlichen Ausbildung erteilt werden. Die den Leitern der öffentlichen Anstalten erteilte Erlaubnis gilt auch für die unter ihrer Leitung in diesen Anstalten beschäftigten Personen.

Der Erlaubnis bedarf es nicht bei Untersuchungen, welche der behandelnde Arzt oder Tierarzt zu ausschließlich diagnostischen Zwecken in seiner Praxis bis zur Feststellung der Krankheitsart nach den üblichen diagnostisch-bakteriologischen Untersuchungsmethoden vornimmt.

Lebende Erreger der Cholera oder des Rotzes dürfen nur an Personen und Stellen, die von der zuständigen Behörde die Erlaubnis zur Annahme erhalten haben, abgegeben werden.

§ 2. Wer mit anderen als den im § 1 bezeichneten Erregern von Krankheiten, welche auf Menschen übertragbar sind, oder von Tierkrankheiten, welche der Anzeigepflicht unterliegen, oder mit Material, welches solche Erreger enthält, arbeiten will, ferner wer derartige Erreger in lebendem Zustande aufbewahren will, bedarf dazu der Erlaubnis der zuständigen Polizeibehörde des Ortes, in welchem der Arbeits- oder Aufbewahrungsraum liegt. Die Erlaubnis darf nur für bestimmte Räume und nur nach Ausweis der erforderlichen wissenschaftlichen Ausbildung erteilt werden.

Auf Ärzte und Tierärzte finden die Vorschriften in Abs. 1 mit der Einschränkung Anwendung, daß sie der Polizeibehörde nur eine Anzeige von ihrem Vorhaben unter Angabe des Raumes nach Lage und Beschaffenheit zu erstatten und später jeden Wechsel des Raumes in gleicher Weise anzuzeigen haben.

Weder der Erlaubnis noch der Anzeige bedarf es, wenn die Arbeit und Aufbewahrung

a) in öffentlichen Krankenhäusern, welche mit den zur Verhinderung einer Verschleppung von Krankheitskeimen erforderlichen Einrichtungen versehen sind, oder
b) in staatlichen Anstalten, welche zu einschlägigem Fachunterricht dienen oder behufs Bekämpfung der Infektionskrankheiten, zur Anstellung von Untersuchungen oder zur Herstellung von Schutz- und Heilstoffen bestimmt sind, oder
c) vom behandelnden Arzt oder Tierarzt ausschließlich zu diagnostischen Zwecken in seiner Praxis vorgenommen werden.

§ 3. Wer lebende Kulturen von den im § 2, Abs. 1 bezeichneten Krankheitserregern oder Material, welches solche Erreger enthält, feilhalten oder verkaufen will, bedarf dazu der Erlaubnis der zuständigen Polizeibehörde des Ortes, in welchem das Geschäft betrieben wird. Die Erlaubnis darf nur für bestimmte Räume und nur an zuverlässige Personen erteilt werden.

Der Händler hat über die Abgabe von Kulturen oder Material ein Verzeichnis zu führen, in welches die Art der Krankheitserreger, der Tag der Abgabe, der Name und die Wohnung des Erwerbers sowie der etwaige Ueberbringer sofort nach der Verabfolgung vom Abgebenden selbst einzutragen sind, und zwar stets in unmittelbarem Anschluß an die nächstvorhergehende Eintragung. Das Verzeichnis ist 3 Jahre lang nach Abschluß aufzubewahren.

§ 4. Wer eine Tätigkeit der in § 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Art in einem ihm zur Verfügung stehenden Raume einer anderen Person gestattet oder aufträgt, hat dies der zuständigen Polizeibehörde (§ 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1) unter Angabe des Raumes sowie der Wohnung, des Berufes, des Vor- und Zunamens dieser Person, ferner jeden Wechsel des Raumes sofort anzuzeigen. Diese Bestimmung findet auf Leiter der in § 2 Abs. 3 bezeichneten öffentlichen Krankenhäuser und staatlichen Anstalten keine Anwendung.

Die sich für die andere Person aus den Bestimmungen in §§ 1—3 ergebenden Pflichten bleiben unberührt.

§ 5. Die in § 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichnete Tätigkeit sowie die nach § 4 gestattete oder aufgetragene Ausübung solcher Tätigkeit durch andere ist einzustellen, wenn die Erlaubnis der Landeszentralbehörde oder Polizeibehörde zurückgenommen, oder wenn die Tätigkeit von der zuständigen

Behörde untersagt wird. Die Zurücknahme der Erlaubnis oder die Untersagung soll erfolgen, wenn aus Handlungen oder Unterlassungen der betreffenden Person der Mangel derjenigen Eigenschaften erhellt, welche für jene Tätigkeit vorausgesetzt werden müssen.

§ 6. Wer eine der in § 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Handlungen vornimmt, hat — auch wenn er von der Einholung der Erlaubnis oder von der Anzeigepflicht entbunden ist — die Erreger so aufzubewahren, daß sie Unberufenen unzugänglich sind; auch hat er sonst alle Vorkehrungen zu treffen, um eine Verschleppung der Krankheitserreger, insbesondere durch Versuchstiere, zu verhüten. Kulturen, infizierte Versuchstiere und deren Organe, sowie sonstiges, die Krankheitserreger enthaltendes Material müssen, sobald sie entbehrlich geworden sind, derart beseitigt werden, daß jede Verschleppung der Krankheitskeime tunlichst ausgeschlossen wird. Instrumente, Gefäße usw., welche mit infektiösen Gegenständen in Berührung waren, sind sorgfältig zu desinfizieren.

§ 7. Die Versendung von lebenden Kulturen der Cholera- oder Rotzerreger hat in zugeschmolzenen Glasröhren zu erfolgen, die, umgeben von einer weichen Hülle (Filtrierpapier und Watte oder Holzwolle) in einem durch übergreifenden Deckel gut verschlossenen Glasgefäße zu geschehen; das letztere ist seinerseits noch in einer Kiste mit Holzwolle, Stroh oder Watte zu verpacken. Es empfiehlt sich, nur frisch angelegte Agarkulturen zu versenden.

Material, welches lebende Krankheitserreger dieser Art enthält oder zu enthalten verdächtig erscheint, ist so zu verpacken, daß eine Verschleppung der Krankheitskeime tunlichst ausgeschlossen wird. Zur Aufnahme des Materials sind besonders geeignet starkwandige Pulvergläser mit eingeschliffenem Glasstöpsel und weitem Halse, zu deren Verschluß gut passende, frisch ausgekochte Korke zu verwenden sind. Nach der Aufnahme des Materials sind die Gläser sicher zu verschließen, der Stöpsel ist mit Pergamentpapier und dergl. zu überbinden; auch ist an jedem Glase ein Zettel fest aufzukleben oder sicher anzubinden, der genaue Angaben über den Inhalt enthält. Zum Verpacken dürfen nur feste Kisten — keine Zigarrenkisten, Pappschachteln und dergl. — benutzt werden. Die Gläser und sonstigen Behälter sind in der Kiste mittels Holzwolle, Heu, Stroh, Watte und dergl. so zu verpacken, daß sie unbeweglich liegen und nicht aneinander stoßen.

Die Vorschriften über die Entnahme choleraverdächtiger Untersuchungsobjekte behufs bakteriologischer Feststellung der Cholera und über die Versendung des Materials an einer Untersuchungsstelle werden durch vorstehende Bestimmungen nicht berührt.

Die Sendungen (Abs. 1 u. 2) müssen mit starkem Bindfaden umschnürt, versiegelt und mit der deutlich geschriebenen Adresse sowie mit dem Vermerk „Vorsicht“ versehen sein. Bei Beförderung durch die Post sind die Sendungen als „dringendes Paket“ aufzugeben und den Empfängern telegraphisch anzukündigen. Bei Versendung lebender Kulturen hat der Empfänger dem Absender den Empfang der Sendung sofort mitzuteilen.

§ 8. Die Versendung von lebenden Kulturen der im § 2 Abs. 1 bezeichneten Krankheitserreger hat in wasserdicht verschlossenen Glasröhren zu erfolgen. Diese Röhren sind entweder in angepaßten Hülsen oder, mit einer weichen Hülle (Holzwolle, Watte und dergl.) umgeben, derart in festen Kisten zu verpacken, daß sie unbeweglich liegen und nicht aneinander stoßen. Der Empfänger hat dem Absender den Empfang der Sendung sofort mitzuteilen.

Material, welches lebende Krankheitserreger dieser Art enthält oder zu enthalten verdächtig erscheint, ist so zu verpacken, daß eine Verschleppung der Krankheitskeime ausgeschlossen wird.

Die Sendungen (Abs. 1 u. 2) müssen fest verschlossen und mit deutlicher Adresse sowie mit dem Vermerk „Vorsicht“ versehen werden.

5. Grundsätze für Maßnahmen im Eisenbahnverkehre beim Auftreten der Cholera.

(Anlage 10 der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera vom 28. Januar 1904.)

1. Beim Auftreten der Cholera findet eine allgemeine und regelmäßige Untersuchung der Reisenden nicht statt; es werden jedoch dem Eisenbahnpersonal bekannt gegeben:

a) die Stationen, auf welchen Ärzte sofort erreichbar und zur Verfügung sind,

b) die Stationen, bei welchen geeignete Krankenhäuser zur Unterbringung von Cholerakranken bereit stehen (Krankenübergabestationen).

Die Bezeichnung dieser Stationen erfolgt durch die Landeszentralbehörde unter Berücksichtigung der Verbreitung der Seuche und der Verkehrsverhältnisse.

Ein Verzeichnis der unter a) und b) bezeichneten Stationen ist, nach der geographischen Reihenfolge der Stationen geordnet, jedem Führer eines Zuges, welcher zur Personenbeförderung dient, zu übergeben.

2. Auf den zu 1a) und b) bezeichneten Stationen sowie, falls eine ärztliche Überwachung der Reisenden an der Grenze angeordnet ist, auf den Zollrevisionsstationen sind zur Vornahme der Untersuchung Erkrankter die erforderlichen Räume, welche tunlichst mit einem besonderen Abort verbunden oder mit einem abgesonderten Nachtstuhl versehen sein müssen, von der Eisenbahnverwaltung, soweit sie ihr zur Verfügung stehen, herzugeben.

3. Die Schaffner haben dem Zugführer von jeder während der Fahrt vorkommenden auffälligen Erkrankung sofort Meldung zu machen.

Der Schaffner hat sich des Erkrankten nach Kräften anzunehmen; er hat alsdann jedoch jede Berührung mit anderen Personen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Der Erkrankte ist, falls nicht die Verkehrsordnung seinen Ausschluß von der Fahrt vorschreibt, an der Weiterfahrt nicht zu verhindern; jedoch ist, sobald dies ohne Unterbrechung der Reise möglich ist, die Feststellung der Krankheit durch einen Arzt (1a) herbeizuführen.

Verlangt der Erkrankte, der nächsten im Verzeichnis aufgeführten Übergabestation übergeben zu werden oder macht sein Zustand eine Weiterbeförderung untunlich, so hat der Zugführer, falls der Zug vor der Ankunft auf der Übergabestation noch eine Zwischenstation berührt, sofort beim Eintreffen dem diensthabenden Stationsbeamten Anzeige zu machen; dieser hat alsdann der Krankenübergabestation ungesäumt telegraphisch Meldung zu erstatten, damit möglichst die unmittelbare Abnahme des Erkrankten aus dem Zuge selbst durch die Krankenhausverwaltung, die Polizei- oder die Gesundheitsbehörde veranlaßt werden kann.

Will der Erkrankte den Zug auf einer Station vor der nächsten Übergabestation verlassen, so ist er hieran nicht zu hindern. Der Zugführer hat aber dem diensthabenden Beamten der Station, auf welcher der Erkrankte den Zug verläßt, Meldung zu machen, damit der Beamte, falls der Erkrankte nicht bis zum Eintreffen ärztlicher Hilfe auf dem Bahnhofe, wo er möglichst abzusondern sein würde, bleiben will, seinen Namen, Wohnort und sein Absteigequartier feststellen und unverzüglich der nächsten Polizeibehörde unter Angabe der näheren Umstände mitteilen kann.

4. Erkrankt ein Reisender unterwegs in auffälliger Weise, so sind alsbald sämtliche Mitreisenden, ausgenommen solche Personen, welche zu seiner Unterstützung bei ihm bleiben, aus dem Wagenabteil, in welchem der Erkrankte sich befindet und, wenn mehrere Wagenabteile einen gemeinschaftlichen Abort haben, aus diesen sämtlichen Abteilen zu entfernen und in einem anderen Abteil, und zwar abgesondert von den übrigen Reisenden, unterzubringen. Bei der Ankunft auf der Krankenübergabestation sind diejenigen Personen, welche sich mit dem Kranken in demselben Wagenabteil befunden haben, sofort dem etwa anwesenden Arzte zu bezeichnen, damit dieser denselben die nötigen Weisungen erteilen kann.

Im übrigen muß das Eisenbahnpersonal beim Vorkommen verdächtiger Erkrankungen mit der größten Vorsicht und Ruhe vorgehen, damit alles vermieden

wird, was zu unnötigen Besorgnissen unter den Reisenden oder sonst beim Publikum Anlaß geben könnte.

5. Der Wagen, in welchem ein Cholerakranker sich befunden hat, ist sofort außer Dienst zu stellen und der nächsten geeigneten Station zur Desinfektion zu übergeben. Die näheren Vorschriften über diese Desinfektion sowie über die sonstige Behandlung der Eisenbahn-Personen- und Schlafwagen bei Choleragefahr enthält die beigefügte Anweisung A.

6. Die Zugbeamten haben, wenn sie mit Ausleerungen Erkrankter in Berührung gekommen sind, sich sorgfältig zu reinigen und etwa beschmutzte Kleidungsstücke desinfizieren zu lassen; die in gleiche Lage gekommenen Reisenden sind auf die Notwendigkeit derselben Maßnahmen aufmerksam zu machen.

Alle Personen, welche mit Cholerakranken in Berührung kommen, müssen bis nach stattgehabter gründlicher Reinigung ihrer Hände unbedingt vermeiden, die letzteren mit ihrem Gesicht in Berührung zu bringen, da durch Zuführung des Krankheitsstoffs durch den Mund in den Körper eine Ansteckung erfolgen kann. Es ist deshalb auch streng zu vermeiden, bei oder nach dem Umgange mit Kranken vor erfolgter sorgfältiger Reinigung der Hände zu rauchen oder Speisen und Getränke zu sich zu nehmen.

7. Eine besondere Sorgfalt ist der Erhaltung peinlicher Sauberkeit in allen Bedürfnisanstalten auf den Stationen zuzuwenden; die Sitzbretter der Aborte sind durch Abwaschen mit einer heißen Lösung von Kaliseife mindestens einmal täglich zu reinigen. Eine Desinfektion der Aborte, welche alsdann mit Kalkmilch und unter wiederholtem Übergießen der Fußböden mit Kalkmilch, soweit sie diese Behandlung vertragen, zu bewirken ist, erfolgt lediglich auf den Stationen der Orte, an welchen die Cholera ausgebrochen ist und auf solchen Stationen, wo dies ausdrücklich angeordnet werden sollte. Die zur Beseitigung üblen Geruchs für die warme Jahreszeit allgemein getroffenen Bestimmungen werden jedoch hierdurch nicht berührt.

8. Der Boden zwischen den Gleisen ist, sofern er auf den Stationen infolge Benutzung der in den Zügen befindlichen Bedürfnisanstalten verunreinigt ist, durch wiederholtes Übergießen mit Kalkmilch gehörig zu desinfizieren.

9. Eine Beschränkung des Eisenbahngepäck- und Güterverkehrs findet, abgesehen von den bezüglich einzelner Gegenstände ergehenden Ausfuhr- und Einfuhrverboten, nicht statt.

10. Eine Desinfektion von Reisegepäck und Gütern findet nur in folgenden Fällen statt:

a) Auf den zu 2 bezeichneten Zollrevisionsstationen erfolgt auf ärztliche Anordnung zwangsweise die Desinfektion von gebrauchter Leibwäsche, getragenen Kleidungsstücken, gebrauchtem Bettzeug und sonstigen Gegenständen, welche zum Gepäck eines Reisenden gehören oder als Umzugsgut anzusehen sind und aus einem choleraverseuchten Bezirke stammen, sofern sie nach ärztlichem Ermessen als mit dem Ansteckungsstoff der Cholera behaftet anzusehen sind.

b) Im übrigen erfolgt eine Desinfektion von Expreß-, Eil- und Frachtgütern — auch auf den Zollrevisionsstationen — nur bei solchen Gegenständen, welche nach Ansicht der Ortsgesundheitsbehörde als mit dem Ansteckungsstoff der Cholera behaftet anzusehen sind.

Briefe und Korrespondenzen, Drucksachen, Bücher, Zeitungen, Geschäftspapiere usw. unterliegen keiner Desinfektion.

Die Einrichtung und Ausführung der Desinfektion wird von den Gesundheitsbehörden veranlaßt, welchen von dem Eisenbahnpersonale tunlichst Hilfe zu leisten ist.

11. Sämtliche Beamte der Eisenbahnverwaltung haben den Anforderungen der Polizeibehörden und der beaufsichtigenden Ärzte, soweit es in ihren Kräften steht und nach den dienstlichen Verhältnissen ausführbar ist, unbedingte Folge zu leisten und auch ohne besondere Aufforderung denselben alle erforderlichen Mitteilungen zu machen. Von allen Dienstanweisungen und Maßnahmen gegen die Choleragefahr und von allen getroffenen Anordnungen und Einrichtungen ist stets sofort den dabei in Frage kommenden Gesundheitsbehörden Mitteilung zu machen.

12. Ein Auszug dieser Anweisung, welcher die Verhaltungsmaßregeln für das Eisenbahnpersonal bei choleraverdächtigen Erkrankungen auf der Eisenbahnfahrt enthält, ist beigefügt. Von diesen Verhaltungsmaßregeln ist jedem Fahrbeamten eines jeden zur Personenbeförderung dienenden Zuges ein Abdruck zuzustellen.

13. Von jedem durch den Arzt als Cholera erkannten Erkrankungsfall ist seitens des betreffenden Stationsvorstehers sofort der vorgesetzten Betriebsbehörde und der Ortspolizeibehörde schriftliche Anzeige zu erstatten, welche, soweit sie zu erlangen sind, folgende Angaben enthalten soll:

a) Ort und Tag der Erkrankung;
b) Name, Geschlecht, Alter, Stand oder Gewerbe des Erkrankten;
c) woher der Kranke zugereist ist;
d) wo der Kranke untergebracht ist.

A. Anweisung über die Behandlung der Eisenbahn-Personen- und Schlafwagen beim Auftreten der Cholera.

1. Während eines Choleraausbruchs im Inland oder in einem benachbarten Gebiet ist für besonders sorgfältige Reinigung und Lüftung der dem Personenverkehre dienenden Wagen Sorge zu tragen; es gilt dies namentlich in Bezug auf Wagen der 3. und 4. Klasse, welche zur Massenbeförderung von Personen aus einer von der Cholera ergriffenen Gegend gedient haben.

Die in den Zügen befindlichen Bedürfnisanstalten sind regelmäßig zu desinfizieren und zu dem Zwecke die Trichter und Abfallrohre nach Reinigung mit Kalkmilch zu bestreichen, die Sitzbretter mit Kaliseifenlösung zu reinigen (vgl. Ziff. 2).

2. Ein Personenwagen, in welchem ein Cholerakranker sich befunden hat, ist sofort außer Dienst zu stellen und der nächsten mit den nötigen Einrichtungen versehenen Station zur Desinfektion zu überweisen, welche in nachstehend angegebener Weise zu bewirken ist.

Etwaige grobe Verunreinigungen im Innern des Wagens sind durch sorgfältiges und wiederholtes Abreiben mit Lappen, welche mit Karbolsäurelösung befeuchtet sind, zu beseitigen. Alsdann sind die Läufer, Matten, Teppiche, Vorhänge und beweglichen Polster abzunehmen, in Tücher, welche mit Karbolsäurelösung stark angefeuchtet sind, einzuschlagen und der Dampfdesinfektion zu unterwerfen. Ein vorheriges Ausklopfen dieser Gegenstände ist zu vermeiden. Gegenstände aus Leder, welche eine Dampfdesinfektion nicht vertragen, sind mit Karbolsäurelösung gründlich abzureiben. Demnächst ist der Wagen durchweg einer sorgfältigen Reinigung zu unterwerfen, wobei seine abwaschbaren Teile mit Karbolsäurelösung zu behandeln sind, und sodann in einem warmen, luftigen und trockenen Raume mindestens 3 Tage lang aufzustellen.

Die bei der Reinigung verwendeten Lappen sind zu verbrennen.

Zur Herstellung von Karbolsäurelösung wird 1 Gewichtsteil verflüssigte Karbolsäure (Acidum carbolicum liquefactum des Arzneibuchs für das Deutsche Reich) mit 30 Gewichtsteilen Wasser gemischt.

Zur Herstellung von Kalkmilch wird 1 Raumteil frisch gebrannter Kalk (Atzkalk, Calcaria usta) mit 4 Raumteilen Wasser gemischt, und zwar in folgender Weise: Der Kalk wird in ein geeignetes Gefäß gelegt und zunächst mit $^3/_4$ Raumteilen Wasser durch Besprengen unter stetem Umrühren gelöscht. Nachdem der Kalk zu Pulver zerfallen ist, wird er mit dem übrigen Wasser zu Kalkmilch verrührt.

Zur Herstellung von Kaliseifenlösung werden 3 Gewichtsteile Seife (sogenannte Schmierseife oder grüne Seife oder schwarze Seife (in 100 Gewichtsteilen siedend heißem Wasser gelöst (z. B. $^1/_2$ kg Seife in 17 Liter Wasser). Diese Lösung ist heiß zu verwenden.

3. Ist ein Schlafwagen von einem Cholerakranken benutzt worden, so muß die während der Fahrt gebrauchte Wäsche desinfiziert werden. Zu diesem Zwecke ist sie in Tücher, welche mit Karbolsäurelösung stark befeuchtet sind, einzuschlagen und alsdann so in ein Gefäß mit Karbolsäurelösung zu legen, daß sie von der Flüssigkeit vollständig bedeckt wird; frühestens nach zwei Stunden ist

dann die Wäsche mit Wasser zu spülen und zu reinigen. Zur Wäsche sind zu rechnen: die Laken, die Bezüge der Bettkissen und der Decken sowie die Handtücher. Die Desinfektion des Wagens selbst hat in der unter Ziff. 2 vorgeschriebenen Weise zu erfolgen; dabei sind jedoch auch die von dem Kranken benutzten Bettkissen, Decken und beweglichen Matratzen in der dort angegebenen Weise einzuschlagen und alsdann der Dampfdesinfektion zu unterwerfen. Statt der Desinfektion mit Karbolsäurelösung kann die Wäsche auch der Dampfdesinfektion unterworfen werden.

Für den Fall, daß es sich als notwendig erweisen sollte, einen Schlafwagenlauf gänzlich einzustellen, bleibt Bestimmung vorbehalten.

Die vorstehenden Bestimmungen finden sinngemäße Anwendung bei Erkrankungen von Zug- und Postbeamten in den von ihnen benutzten Gepäck- und Postwagen.

5. Die mit der Desinfektion beauftragten Arbeiter haben jedesmal, wenn sie mit infizierten Dingen in Berührung gekommen sind, die Hände durch sorgfältiges Waschen mit Karbolsäurelösung zu desinfizieren und sich sonst gründlich zu reinigen. Es empfiehlt sich, daß die Desinfektoren waschbare Oberkleider tragen; diese sind in derselben Weise wie die Wäsche aus den Schlafwagen zu desinfizieren.

B. Verhaltungsmaßregeln für das Eisenbahnpersonal bei choleraverdächtigen Erkrankungen auf der Eisenbahnfahrt.

1. Von jeder auffälligen Erkrankung, welche während der Eisenbahnfahrt vorkommt, hat der Schaffner dem Zugführer sofort Meldung zu machen.

2. Der Schaffner hat sich des Erkrankten nach Kräften anzunehmen; er hat alsdann jedoch jede Berührung mit anderen Personen nach Möglichkeit zu vermeiden.

3. Der Erkrankte ist, falls nicht die Verkehrsordnung seinen Ausschluß von der Fahrt vorschreibt, an der Weiterfahrt nicht zu verhindern; jedoch ist, sobald dies ohne Unterbrechung der Reise möglich ist, die Feststellung der Krankheit durch einen Arzt herbeizuführen.

Verlangt der Erkrankte, der nächsten im Verzeichnis aufgeführten Übergabestation übergeben zu werden oder macht sein Zustand eine Weiterbeförderung untunlich, so hat der Zugführer, falls der Zug vor der Ankunft auf der Übergabestation noch eine Zwischenstation berührt, sofort beim Eintreffen dem diensthabenden Stationsbeamten Anzeige zu machen; dieser hat alsdann der Krankenübergabestation ungesäumt telegraphisch Meldung zu erstatten, damit möglichst die unmittelbare Abnahme des Erkrankten aus dem Zuge selbst durch die Krankenhausverwaltung, die Polizei- oder die Gesundheitsbehörde veranlaßt werden kann.

Will der Erkrankte den Zug auf einer Station vor der nächsten Übergabestation verlassen, so ist er hieran nicht zu hindern, der Zugführer hat aber dem diensthabenden Beamten der Station, auf welcher der Erkrankte den Zug verläßt, Meldung zu machen, damit der Beamte, falls der Erkrankte nicht bis zum Eintreffen ärztlicher Hilfe auf dem Bahnhofe, wo er möglichst abzusondern sein würde, bleiben will, seinen Namen, Wohnort und sein Absteigequartier feststellen und unverzüglich der nächsten Polizeibehörde unter Angabe der näheren Umstände mitteilen kann.

Sämtliche Mitreisenden, ausgenommen solche Personen, welche zur Unterstützung bei dem Erkrankten bleiben, sind aus dem Wagenabteil, in welchem der Erkrankte sich befindet, und, wenn mehrere Wagenabteile einen gemeinschaftlichen Abort haben, aus diesen sämtlichen Abteilen zu entfernen und in einem anderen Abteil, und zwar abgesondert von den übrigen Reisenden, unterzubringen.

5. Die Zugbeamten haben, wenn sie mit einem Erkrankten in Berührung gekommen sind, sich sorgfältig zu reinigen und etwa beschmutzte Kleidungsstücke desinfizieren zu lassen; die in gleiche Lage gekommenen Reisenden sind auf die Notwendigkeit derselben Maßnahmen aufmerksam zu machen.

II. Die deutschen Bundesstaaten.

a) Königreich Preußen.

1. Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905.

(Ges.Samml. S. 373.)

Erster Abschnitt.

Anzeigepflicht.

Außer den in dem § 1 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (R.G.Bl. S. 306 u. flg.) aufgeführten Fällen der Anzeigepflicht — bei Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern) — ist jede Erkrankung und jeder Todesfall an:

Diphtherie (Rachenbräune),
Genickstarre, übertragbarer,
Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber),
Körnerkrankheit (Granulose, Trachom),
Rückfallfieber (Febris recurrens),
Ruhr, übertragbarer (Dysenterie),
Scharlach (Scharlachfieber),
Typhus (Unterleibstyphus),
Milzbrand,
Rotz,
Tollwut (Lyssa), sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere,
Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung,
Trichinose

der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde innerhalb vierundzwanzig Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen.

Wechselt der Erkrankte die Wohnung oder den Aufenthaltsort, so ist dies innerhalb vierundzwanzig Stunden nach erlangter Kenntnis bei der Polizeibehörde, bei einem Wechsel des Aufenthaltsortes auch bei derjenigen des neuen Aufenthaltsortes, zur Anzeige zu bringen.

In Gemäßheit der Bestimmung des Abs. 1 ist auch jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopfstuberkulose anzuzeigen.

§ 2. Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,
4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter Nr. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

§ 3. Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

Auf Schiffen oder Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten ist ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Minister für Handel und Gewerbe Bestimmungen darüber zu erlassen,

an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

§ 4. Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Mit Aufgabe zur Post gilt die schriftliche Anzeige als erstattet. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

§ 5. Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in den §§ 1 bis 4 des gegenwärtigen Gesetzes enthaltenen Bestimmungen über die Anzeigepflicht für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere übertragbare Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Zweiter Abschnitt.

Ermittelung der Krankheit.

§ 6. Auf Erkrankungen, Verdacht der Erkrankungen und Todesfälle an
Kindbettfieber,
Typhus (Unterleibstyphus),
sowie Erkrankungen und Todesfälle an
Genickstarre, übertragbarer,
Rückfallfieber,
Ruhr, übertragbarer,
Milzbrand,
Rotz,
Tollwut, Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere,
Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung,
Trichinose
finden die in den §§ 6 bis 10 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, enthaltenen Bestimmungen über die Ermittelung der Krankheit entsprechende Anwendung. Befindet sich jedoch der Kranke in ärztlicher Behandlung, so ist dem beamteten Arzte der Zutritt untersagt, wenn der behandelnde Arzt erklärt, daß von dem Zutritt des beamteten Arztes eine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens des Kranken zu befürchten ist. Vor dem Zutritt des beamteten Arztes ist dem behandelnden Arzt Gelegenheit zu dieser Erklärung zu geben.

Außerdem ist bei Kindbettfieber oder Verdacht desselben dem beamteten Arzt der Zutritt nur mit Zustimmung des Haushaltungsvorstandes gestattet.

Auch kann bei Typhus- oder Rotzverdacht eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

Bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach hat die Ortspolizeibehörde nur die ersten Fälle ärztlich feststellen zu lassen und dies auch nur dann, wenn sie nicht von einem Arzte angezeigt sind.

§ 7. Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Bestimmungen ganz oder teilweise für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere als die daselbst aufgeführten übertragbaren Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Dritter Abschnitt.

Schutzmaßregeln.

§ 8. Zur Verhütung der Verbreitung der nachstehend genannten Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr die Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln der §§ 12 bis 19 und 21 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen polizeilich angeordnet werden, und zwar bei:

1. Diphtherie (Rachenbräune): Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), jedoch mit der Maßgabe, daß die Überführung von Kindern in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gegen

den Widerspruch der Eltern nicht angeordnet werden darf, wenn nach der Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist, Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung, sowie des Vertriebes von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der Maßgabe, daß diese Anordnungen nur für Ortschaften zulässig sind, welche von der Krankheit befallen sind, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);

2. Genickstarre, übertragbarer: Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
3. Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber): Verkehrsbeschränkungen für Hebammen und Wochenbettpflegerinnen (§ 14 Abs. 5), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3).

   Ärzte sowie andere die Heilkunde gewerbsmäßig betreibende Personen haben in jedem Falle, in welchem sie zur Behandlung einer an Kindbettfieber Erkrankten zugezogen werden, unverzüglich die bei derselben tätige oder tätig gewesene Hebamme zu benachrichtigen.

   Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, welche bei einer an Kindbettfieber Erkrankten während der Entbindung oder im Wochenbett tätig sind, ist während der Dauer der Beschäftigung bei der Erkrankten und innerhalb einer Frist von acht Tagen nach Beendigung derselben jede anderweite Tätigkeit als Hebamme oder Wochenbettpflegerin untersagt. Auch nach Ablauf der achttägigen Frist ist eine Wiederaufnahme der Tätigkeit nur nach gründlicher Reinigung und Desinfektion ihres Körpers, ihrer Wäsche, Kleidung und Instrumente nach Anweisung des beamteten Arztes gestattet. Die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit vor Ablauf der achttägigen Frist ist jedoch zulässig, wenn der beamtete Arzt dies für unbedenklich erklärt;
4. Körnerkrankheit (Granulose, Trachom): Beobachtung kranker und krankheitsverdächtiger Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
5. Lungen- und Kehlkopfstuberkulose: Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
6. Rückfallfieber (Febris recurrens): Beobachtung kranker Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Abs. 4), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Überwachung der Schiffahrt (§ 15 Nr. 4 und 5), Fernhaltung vom Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
7. Ruhr, übertragbarer (Dysenterie): Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Verbot oder Beschränkung der Benutzung von Wasserversorgungsanlagen usw. (§ 17), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
8. Scharlach: wie zu Nr. 1;
9. Syphilis, Tripper und Schanker, bei Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben: Beobachtung kranker, krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2);
10. Typhus (Unterleibstyphus): Beobachtung kranker Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3 Satz 1), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Abs 4),

Verkehrbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der in Nr. 1 bezeichneten Maßgabe, Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Verbot oder Beschränkung der Benutzung von Wasserversorgungsanlagen usw. (§ 17), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);

11. Milzbrand: Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der in Nr. 1 bezeichneten Maßgabe, Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
12. Rotz: Beobachtung kranker Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3 Satz 1), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
13. Tollwut: Beobachtung gebissener Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2).

Erkrankungsfälle, in welchen Verdacht von Kindbettfieber (Nr. 3), Rückfallfieber (Nr. 6), Typhus (Nr. 10) und Rotz (Nr. 12) vorliegt, sind bis zur Beseitigung dieses Verdachtes wie die Krankheit selbst zu behandeln.

§ 9. Personen, welche an Körnerkrankheit leiden, können, wenn sie nicht glaubhaft nachweisen, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, zu einer solchen zwangsweise angehalten werden.

Bei Syphilis, Tripper und Schanker kann eine zwangsweise Behandlung der erkrankten Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, angeordnet werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

§ 10. Die Verkehrsbeschränkungen aus den §§ 24 und 25 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, finden auf Körnerkrankheit, Rückfallfieber und Typhus mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, daß das Staatsministerium ermächtigt ist, Vorschriften über die zu treffenden Maßnahmen zu beschließen und zu bestimmen, wann und in welchem Umfange dieselben in Vollzug zu setzen sind.

§ 11. Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes nicht genannte übertragbare Krankheiten in besonderen Ausnahmefällen vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Die auf Grund der vorstehenden Bestimmung und auf Grund der §§ 5 und 7 ergangenen Verordnungen sind dem Landtage, wenn er versammelt ist, sofort, andernfalls bei seinem nächsten Zusammentreten vorzulegen. Sie sind außer Kraft zu setzen, soweit der Landtag seine Zustimmung versagt.

Vierter Abschnitt.

Verfahren und Behörden.

§ 12. Die in dem Reichsgesetze, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und in dem gegenwärtigen Gesetze den Polizeibehörden überwiesenen Obliegenheiten werden, soweit das gegenwärtige Gesetz nicht ein anderes bestimmt, von den Ortspolizeibehörden wahrgenommen. Der Landrat ist befugt, die Amtsverrichtungen der Ortspolizeibehörden für den einzelnen Fall einer übertragbaren Krankheit zu übernehmen.

Die Zuständigkeit der Landespolizeibehörden auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung wird durch die Bestimmung des Abs. 1 nicht berührt.

Gegen die Anordnungen der Polizeibehörde finden die durch das Landesverwaltungsgesetz gegebenen Rechtsmittel statt.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 13. Beamtete Ärzte im Sinne des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und des gegenwärtigen Gesetzes sind die Kreisärzte, die Kreisassistenzärzte, soweit sie mit der Stellvertretung von Kreisärzten beauftragt sind, sowie die mit der Wahrnehmung der kreisärztlichen Obliegenheiten beauftragten Stadtärzte in Stadtkreisen, die Hafen- und Quarantäneärzte in Hafenorten, außerdem die als Kommissare der Regierungspräsidenten, der Oberpräsidenten oder des Ministers der Medizinalangelegenheiten an Ort und Stelle entsandten Medizinalbeamten.

Die Vorschrift des § 36 Abs. 2 des vorbezeichneten Reichsgesetzes findet auf die in dem § 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Krankheiten entsprechende Anwendung.

Fünfter Abschnitt.

Entschädigungen.

§ 14. Die Bestimmungen der §§ 29 bis 34 Satz 1 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, finden auf diejenigen Fälle entsprechende Anwendung, in welchen auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes die Desinfektion oder Vernichtung von Gegenständen polizeilich angeordnet worden ist. Der Anspruch auf Entschädigung fällt jedoch weg, wenn der Antragsteller den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

§ 15. Die Festsetzung der Entschädigungen in den Fällen der §§ 28 bis 33 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und des § 14 des gegenwärtigen Gesetzes erfolgt durch die Ortspolizeibehörde.

Gegen die Entscheidung findet unter Ausschluß des Rechtsweges innerhalb einer Frist von einem Monat nur die Beschwerde an die Aufsichtsbehörde, in Berlin an den Oberpräsidenten, statt. Die Entscheidung dieser Beschwerdeinstanz ist endgültig.

§ 16. Die Ermittelung und Festsetzung der Entschädigungen aus § 28 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, geschieht von Amts wegen.

Die Entschädigungen sind nach Ablauf jeder Woche zu zahlen.

§ 17. Bei Gegenständen, welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet werden sollen, ist vor der Vernichtung der gemeine Wert durch Sachverständige abzuschätzen.

§ 18. Sind bei einer polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion Gegenstände derart beschädigt worden, daß dieselben zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, so ist sowohl der Grad dieser Beschädigung wie der gemeine Wert der Gegenstände vor ihrer Rückgabe an den Empfangsberechtigten durch Sachverständige abzuschätzen.

§ 19. Bei den Abschätzungen gemäß den §§ 17 und 18 des gegenwärtigen Gesetzes sollen die Berechtigten tunlichst gehört werden.

§ 20. In den Fällen der §§ 17 und 18 des gegenwärtigen Gesetzes bedarf es der Abschätzung nicht, wenn feststeht, daß ein Entschädigungsanspruch gesetzlich ausgeschlossen ist oder wenn der Berechtigte auf eine Entschädigung verzichtet hat.

§ 21. Für jeden Kreis sollen von dem Kreisausschusse, in Stadtkreisen von der Gemeindevertretung, aus den sachverständigen Eingesessenen des Bezirks auf die Dauer von drei Jahren diejenigen Personen in der erforderlichen Zahl bezeichnet werden, welche zu dem Amte eines Sachverständigen zugezogen werden können. Als Sachverständige können auch Frauen bezeichnet werden.

Aus der Zahl dieser Personen hat die Ortspolizeibehörde die Sachverständigen für den einzelnen Schätzungsfall zu ernennen. In besonderen Fällen ist die Polizeibehörde ermächtigt, andere Sachverständige zuzuziehen.

Die Sachverständigen sind von der Polizeibehörde durch Handschlag zu verpflichten. Sie verwalten ihr Amt als Ehrenamt und haben nur Anspruch auf Ersatz der baren Auslagen.

Auf das Amt der Sachverständigen finden die Vorschriften über die Übernahme unbesoldeter Ämter in der Verwaltung der Gemeinden und Kommunalverbände entsprechende Anwendung.

§ 22. Personen, bei welchen für den einzelnen Fall eine Befangenheit zu besorgen ist, sollen zu Sachverständigen nicht ernannt werden.

Ausgeschlossen von der Teilnahme an der Schätzung ist jeder:

1. in eigener Sache;
2. in Sachen seines Ehegatten, auch wenn die Ehe nicht mehr besteht;
3. in Sachen einer Person, mit welcher er in gerader Linie oder im zweiten Grade der Seitenlinie verwandt oder verschwägert ist, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht.

Personen, welche sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befinden, sind unfähig, an einer Schätzung teilzunehmen.

§ 23. Die Sachverständigen haben über die Schätzung eine von ihnen zu unterzeichnende Urkunde aufzunehmen und der Ortspolizeibehörde zur Festsetzung der Entschädigung zu übersenden.

Hat eine ausgeschlossene oder unfähige Person (§ 22 Abs. 2 und 3) an der Schätzung teilgenommen, so ist die Schätzung nichtig und zu wiederholen. Ist die Wiederholung unausführbar, so erfolgt die Festsetzung nach freier Würdigung des Schadens.

§ 24. Die Entschädigung für vernichtete oder infolge der Desinfektion beschädigte Gegenstände wird nur auf Antrag gewährt.

Der Antrag ist bei Vermeidung des Verlustes des Anspruches binnen einer Frist von einem Monat bei der Ortspolizeibehörde, welche die Vernichtung oder Desinfektion angeordnet hat, zu stellen.

Die Frist beginnt bei vernichteten Gegenständen mit dem Zeitpunkte, in welchem der Entschädigungsberechtigte von der Vernichtung Kenntnis erhalten hat, bei Gegenständen, welche der Desinfektion unterworfen sind, mit der Wiederaushändigung.

Bei unverschuldeter Versäumnis der Antragsfrist kann die Ortspolizeibehörde Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewähren.

Sechster Abschnitt.

Kosten.

§ 25. Die Kosten, welche durch die amtliche Beteiligung des beamteten Arztes bei der Ausführung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, sowie bei der Ausführung des gegenwärtigen Gesetzes entstehen, fallen der Staatskasse zur Last. Das gleiche ist der Fall, wenn es sich um die ärztliche Feststellung von Scharlach, Körnerkrankheit und Diphtherie handelt (§ 6 Abs. 4).

§ 26. Im übrigen findet die Vorschrift des § 37 Abs. 3 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, auf diejenigen Fälle, in welchen die daselbst bezeichneten Schutzmaßregeln auf Grund der Bestimmungen des gegenwärtigen Gesetzes angeordnet werden, mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, daß die Kosten der Desinfektion und der besonderen Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen nur dann aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, wenn nach Feststellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese Kosten nicht zu tragen vermag. Unter den gleichen Voraussetzungen sind die Kosten, welche durch die nach § 8 des gegenwärtigen Gesetzes oder nach § 14 des vorbezeichneten Reichsgesetzes vorgesehene Absonderung in Krankenhäusern oder in anderen geeigneten Unterkunftsräumen entstehen, aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, wenn die abgesonderten Personen während der Dauer der Absonderung nicht in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise erkranken. Wegen der Anfechtung

der hierüber ergangenen Entscheidung findet die Vorschrift des § 15 Abs. 2 Anwendung.

Wem die nach dem vorbezeichneten Reichsgesetze und nach dem gegenwärtigen Gesetze aus öffentlichen Mitteln zu bestreitenden Kosten und Entschädigungen einschließlich der den Sachverständigen nach § 21 des gegenwärtigen Gesetzes zu erstattenden baren Auslagen und die sonstigen Kosten der Ausführung der Schutzmaßregeln zur Last fallen, bestimmt sich, soweit das gegenwärtige Gesetz nicht ein anderes vorschreibt, nach den Vorschriften des bestehenden Rechts.

§ 27. Übersteigen die nach diesen Vorschriften einer Gemeinde mit weniger als 5000 Einwohnern zur Last fallenden Kosten in einem Etatsjahre 5 Prozent des nach den Vorschriften des Kommunalabgabengesetzes der Gemeindebesteuerung zu Grunde zu legenden Veranlagungssolls an Staatseinkommensteuer einschließlich der fingierten Normalsteuersätze (§ 38 des Kommunalabgabengesetzes, § 74 des Einkommensteuergesetzes), so ist der Mehrbetrag der Gemeinde auf ihren Antrag zu zwei Dritteilen vom Kreise zu erstatten.

Die Erstattung findet jedoch nur dann statt, wenn entweder der Bedarf an direkten Gemeindesteuern einschließlich der in Geld zu veranschlagenden Naturaldienste mehr als das Ein- und einhalbfache des seiner Verteilung zu Grunde zu legenden Veranlagungssolls an Einkommensteuer (einschließlich der fingierten Normalsteuersätze) und Realsteuern betrug, oder wenn diese Belastungsgrenze durch die geforderte Leistung überschritten wird. Liegt die Unterhaltung der öffentlichen Volksschulen besonderen Schulsozietäten ob, so sind die von den Angehörigen der Gemeinde an diese Sozietäten entrichteten baren Abgaben dem Gemeindesteuerbedarf hinzuzurechnen.

Den Kreisen ist die Hälfte der in Gemäßheit der vorstehenden Vorschrift geleisteten Ausgaben vom Staate zu erstatten.

Streitigkeiten zwischen den Gemeinden und den Kreisen über die zu erstattenden Beträge unterliegen der Entscheidung im Verwaltungsstreitverfahren. Zuständig in erster Instanz ist der Bezirksausschuß, in zweiter das Oberverwaltungsgericht.

Den Gutsbezirken kann im Falle ihrer Leistungsunfähigkeit ein entsprechender Teil der aufgewendeten Kosten vom Kreise erstattet werden. Dem Kreise ist die Hälfte der demgemäß geleisteten Ausgaben vom Staate zu erstatten.

§ 28. Steht ein Gutsbezirk nicht ausschließlich im Eigentum des Gutsbesitzers, so ist auf dessen Antrag ein Statut zu erlassen, welches die Aufbringung der durch das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und das gegenwärtige Gesetz entstehenden Kosten anderweit regelt und den mitheranzuziehenden Grundbesitzern oder Einwohnern eine entsprechende Beteiligung bei der Beschlußfassung über die Ausführung der erforderlichen Leistungen einräumt.

Das Statut wird nach Anhörung der Beteiligten durch den Kreisausschuß festgestellt und muß hinsichtlich der Beitragspflicht den gesetzlichen Bestimmungen über die Verteilung der Kommunallasten in den ländlichen Gemeinden folgen. Dasselbe unterliegt der Bestätigung des Bezirksausschusses.

§ 29. Die Gemeinden sind verpflichtet, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der übertragbaren (§ 1 Abs. 1) Krankheiten notwendig sind, zu treffen und für deren ordnungsmäßige Unterhaltung zu sorgen.

Die Kreise sind befugt, diese Einrichtungen an Stelle der Gemeinden zu treffen und zu unterhalten.

§ 30. Die Anordnung zur Beschaffung der in § 29 bezeichneten Einrichtungen erläßt die Kommunalaufsichtsbehörde.

Gegen die Anordnung findet innerhalb zwei Wochen die Beschwerde und zwar bei Landgemeinden an den Kreisausschuß, in den Hohenzollernschen Landen an den Amtsausschuß, bei Stadtgemeinden an den Bezirksausschuß und mit Ausnahme der Hohenzollernschen Lande in weiterer Instanz an den Provinzialrat statt. Wird die Beschwerde auf die Behauptung mangelnder Leistungsfähigkeit zur Ausführung der Anordnung gestützt, so ist auch über die Höhe der von der Gemeinde zu gewährenden Leistung zu beschließen. Gegen die Entscheidung des Provinzialrats, in den Hohenzollernschen Landen gegen die Entscheidung des

Bezirksausschusses, steht den Parteien die Klage im Verwaltungsstreitverfahreu innerhalb derselben Frist beim Oberverwaltungsgericht zu. Auf diese Klage findet die Vorschrift des § 127 Abs. 3 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 entsprechende Auwendung. Sofern die Provinz an den Kosten teilzunehmen hat, steht die Beschwerde bezw. Klage auch der Provinzialverwaltung zu.

§ 31. Reicht die im Beschlußverfahren festgesetzte Leistung der Gemeinde nicht zur Ausführung der angeordneten Einrichtung aus, so trägt, sofern die Kommunalaufsichtsbehörde ihre Anordnung aufrecht hält, die Provinz die Mehrkosten. Die Hälfte derselben ist vom Staate zu erstatten.

§ 32. Bei dringender Gefahr im Verzuge kann die Kommuualaufsichtsbehörde uach Anhörung der Kommunalbehörde die Anorduung zur Durchführung bringen, bevor das Verfahren nach § 30 eingeleitet oder zum Abschluß gebracht ist.

Die Kosten der Einrichtung trägt in diesem Falle der Staat, sofern die Anordnung der Kommunalaufsichtsbehörde aufgehoben wird.

Reicht die im Beschlußverfahren festgesetzte Leistung zur Deckung der Kosten uicht aus, so greift die Bestimmung des § 31 Platz.

§ 33. Unberührt bleibt die Verpflichtung des Staates, diejeuigen Kosten zu tragen, welche durch landespolizeiliche Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Kraukheiten entstehen.

Siebenter Abschnitt.

Strafvorschriften.

§ 34. Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu sechshundert Mark wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes eine Desinfektion polizeilich angeorduet war, vor Ausführung der angeordneten Desiufektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt;
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Lungen- und Kehlkopfstuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand und Rotz litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei dereu Behandlung und Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den von dem Minister der Medizinalangelegenheiten erlassenen Bestimmungen entsprechend desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der iu Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneteu Desinfektion benutzt oder anderen zur Benutzung überläßt.

§ 35. Mit Geldstrafe bis zu einhundertundfünfzig Mark oder mit Haft wird bestraft:

1. wer die ihm nach den §§ 1 bis 3 oder nach den auf Grund des § 5 des gegenwärtigen Gesetzes von dem Staatsministerium erlassenen Vorschriften obliegende Anzeige schuldhaft unterläßt. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;
2. wer bei den in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten, sowie in den Fällen des § 7 dem beamteten Arzte deu Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert;
3. wer bei den übertragbaren Krankheiten, auf welche die Bestimmungen des § 7 Abs. 3 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, für anwendbar erklärt worden sind (§§ 6 Abs. 1, 7 des gegenwärtigen Gesetzes), dieseu Bestimmungen zuwider über die daselbst bezeichneten Umstände dem beamteten Arzte oder der

zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;

4. wer den auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes in Verbindung mit § 13 des vorbezeichneten Reichsgesetzes über die Meldepflicht erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt.

§ 36. Mit Geldstrafe bis zu einhundertundfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer bei den in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Krankheiten sowie in den Fällen des § 7 den nach § 9 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, von dem beamteten Arzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den nach § 10 des vorbezeichneten Reichsgesetzes von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt;
2. wer bei den in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten sowie in den Fällen des § 11 den nach § 12, § 14 Abs. 5, §§ 15, 17, 19 und 21 des vorbezeichneten Reichsgesetzes getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt;
3. wer bei den in dem § 10 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten den nach § 24 des vorbezeichneten Reichsgesetzes erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt;
4. Ärzte, sowie andere die Heilkunde gewerbsmäßig betreibende Personen, Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, welche den Vorschriften in dem § 8 Nr. 3 Abs. 2 und 3 des gegenwärtigen Gesetzes zuwiderhandeln.

Achter Abschnitt.

Schlußbestimmungen.

§ 37. Mit dem Zeitpunkte des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes werden die zur Zeit bestehenden gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung ansteckender Krankheiten aufgehoben.

Insbesondere treten die Vorschriften des Regulativs vom 8. August 1835 (Gesetzsamml. S. 240), jedoch unbeschadet der Bestimmung des § 10 Abs. 3 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, vom 16. September 1899 (Gesetzsamml. S. 172), über die Belassung der Sanitätskommissionen in größeren Städten, außer Kraft.

Unberührt bleiben auch die Vorschriften des § 55 des Regulativs sowie die sonst bestehenden gesetzlichen Vorschriften über Zwangsimpfungen bei dem Ausbruche einer Pockenepidemie.

§ 38. Diejenigen Vorschriften des gegenwärtigen Gesetzes, welche sich auf Genickstarre beziehen, treten mit dem Tage der Verkündigung dieses Gesetzes in Kraft.

Im übrigen wird der Zeitpunkt des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes durch Königliche Verordnung bestimmt.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten erläßt, und zwar, soweit der Geschäftsbereich anderer Minister beteiligt ist, im Einvernehmen mit diesen, die zur Ausführung des Gesetzes erforderlichen Bestimmungen.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Königlichen Insiegel.

Neues Palais, den 28. August 1905.

(L. S.) **Wilhelm.**

Fürst v. Bülow. Zugleich für den Finanzminister. Studt.
v. Podbielski. Möller. v. Budde.
v. Einem. v. Bethmann Hollweg.

2. Verordnung über das Inkrafttreten des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Vom 10. Oktober 1905.

Einziger Paragraph.

Das Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August d. J. tritt, soweit es nicht mit dem Tage der Verkündigung in Kraft getreten ist, am 20. Oktober d. J. in Kraft.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Königlichen Insiegel.

Gegeben Glücksburg, den 10. Oktober 1905.

(L. S.) **Wilhelm.**

Fürst v. Bülow. Schönstedt. Gr. v. Posadowsky. v. Tirpitz. Studt. Frhr. v. Rheinbaben. Möller. v. Budde. v. Einem. Frhr. v. Richthofen. v. Bethmann Hollweg.

---

3. Allgemeine Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetze, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905.

(Ges.-Samml. S. 373.)

Die zur Ausführung des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905 (G.S. S. 373) ergangenen Bestimmungen vom 7. Okt. 1905 (Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 389) haben durch die inzwischen erlassenen Anweisungen zur Bekämpfung der Diphtherie (Rachenbräune), übertragbaren Genickstarre, des Kindbettfiebers, der Körnerkrankheit, der übertragbaren Ruhr (Dysenterie), des Scharlachs (Scharlachfieber), des Typhus, des Milzbrands und des Rotzes an mehreren Stellen eine Abänderung und Ergänzung erfahren. Zur Erleichterung des praktischen Gebrauchs lasse ich im Einvernehmen mit den Herren Ministern der Finanzen, des Innern und für Handel und Gewerbe den Ausführungserlaß vom 7. Okt. 1905 nachstehend in einer neuen, die Abänderungen und Ergänzungen berücksichtigenden Fassung folgen.

Zu § 1.

Der Todesfall ist auch dann anzuzeigen, wenn die Erkrankung des Verstorbenen bereits angezeigt war.

Die Anzeigepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose erstreckt sich sowohl auf die Todesfälle an Lungen-, als auch auf solche an Kehlkopftuberkulose.

Zu § 2.

Unter den mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigten Personen (Abs. 1 Nr. 3) sind nur solche Personen zu verstehen, welche die Behandlung oder Pflege Erkrankter berufsmäßig ausüben.

Zu § 3.

Bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Seeschiffen vorkommen, ist die Anzeige an die Polizeibehörde des ersten preußischen Hafenplatzes, welchen das Schiff nach Eintritt der anzeigepflichtigen Tatsache anläuft, zu erstatten.

Für Binnenschiffe und Flöße ist die Anzeige an die Polizeibehörde der nächstgelegenen Anlegestelle zu richten. Sind jedoch an der betreffenden Wasserstraße Überwachungsstellen zur gesundheitlichen Überwachung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs eingerichtet, so ist die Anzeige an die nächstgelegene Überwachungsstelle zu richten.

Zu § 4.

Zur Erleichterung der Anzeigeerstattung empfiehlt sich die Benutzung von Kartenbriefen, welche auf der Innenseite den aus der Anlage 1 ersichtlichen Vordruck aufweisen. Es ist Sorge dafür zu tragen, daß aus ihrer Benutzung den Anzeigepflichtigen Kosten nicht erwachsen.

Im Interesse der Kostenersparnis haben die Regierungspräsidenten den Bedarf an diesen Kartenbriefen für ihren Bezirk einheitlich herstellen zu lassen und an die Ortspolizeibehörden gegen Erstattung der Selbstkosten abzugeben. Die Kosten fallen als ortspolizeiliche demjenigen zur Last, welcher nach dem bestehenden Recht die Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung zu tragen hat.

Die Kartenbriefe sind seitens der Polizeibehörde im voraus mit dem Abdruck des Dienstsiegels oder Dienststempels sowie tunlichst mit der Adresse des Empfängers zu versehen und an die zur Anzeige verpflichteten Personen unentgeltlich zu verabfolgen. Geschieht die Verabfolgung an Ärzte oder ärztliches Hilfspersonal oder zum Zweck der Beförderung im Fernverkehr, so sind Kartenbriefe zu benutzen, welche außerdem seitens einer zuständigen Behörde mit dem Aversionierungsvermerk versehen sind (vergl. auch Min.-Erlaß vom 2. Februar 1906, Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 32).

Die Kartenbriefe werden nach der Ausfüllung im Fernverkehr unfrankiert befördert. Die Ärzte und das ärztliche Hilfspersonal sind berechtigt, die mit dem Aversionierungsvermerke versehenen Kartenbriefe auch im Ortsverkehr durch die Post befördern zu lassen.

Auf Grund der erstatteten Anzeige haben die Polizeibehörden für jede der anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten eine besondere Liste nach dem beigefügten Muster (Anlage 2) fortlaufend zu führen.

Sobald in einer Ortschaft oder in einem Bezirk eine der in dem § 1 genannten übertragbaren Krankheiten in epidemischer Verbreitung auftritt, wird es sich empfehlen, daß durch öffentliche Bekanntmachungen die gesetzliche Anzeigepflicht für diese Krankheit in Erinnerung gebracht, und die Bevölkerung in geeigneter Weise über das Wesen, die Verhütung und Bekämpfung der Krankheit belehrt wird. Jedoch ist eine unnötige Beunruhigung der Bevölkerung tunlichst zu vermeiden.

Es wird sich empfehlen, die Bekanntmachungen während der Dauer der Epidemie in angemessenen Zwischenräumen zu wiederholen.

Ratschläge an Ärzte für die Bekämpfung der übertragbaren Genickstarre, der Körnerkrankheit, der übertragbaren Ruhr, des Typhus und des Milzbrands, sowie zur Verteilung an die Bevölkerung geeignete gemeinverständliche Belehrungen über Diphtherie, die übertragbare Genickstarre, die Körnerkrankheit, die übertragbare Ruhr, den Scharlach, den Typhus, den Milzbrand und den Rotz werden in der erforderlichen Anzahl in dem Ministerium der Medizinalangelegenheiten bereit gehalten und können behufs Verteilung zu Zeiten einer Epidemie erbeten werden.

Die zur Verteilung an die Hebammen und Standesbeamten bestimmte gemeinverständliche Belehrung „Wie schützt sich die Wöchnerin vor dem Kindbettfieber“, kann durch Vermittelung des Ministeriums der Medizinalangelegenheiten zum Selbstkostenpreise bezogen werden.

Zu §§ 5, 7 und 11.

Die Regierungspräsidenten haben Vorsorge zu treffen, daß sie von dem epidemischen Ausbruch einer der in dem § 1 nicht aufgeführten übertragbaren Krankheiten tunlichst bald Kenntnis erhalten. Nach erlangter Kenntnis haben sie unverzüglich an den Minister der Medizinalangelegenheiten über Umfang und Charakter der Epidemie zu berichten. Dabei haben sie sich, sofern die Verhält-

nisse es angezeigt erscheinen lassen, zugleich gutachtlich darüber zu äußern, ob und inwieweit es sich empfiehlt, von den in den §§ 5, 7 und 11 enthaltenen Ermächtigungen des Staatsministeriums Gebrauch zu machen.

Zu § 6.

1. Die Polizeibehörden haben von den ihnen auf Grund des § 1 zugehenden Anzeigen jedesmal ungesäumt unter Übersendung der betreffenden Kartenbriefe in Ur- oder in Abschrift dem beamteten Arzt Mitteilung zu machen.

Auch haben sie den beamteten Arzt, wenn sie auf andere Weise von dem Ausbruch einer der in dem § 1 genannten Krankheiten Kenntnis erhalten, hiervon ungesäumt zu benachrichtigen.

Wird behufs Beschleunigung der Mitteilung der Fernsprecher oder der Telegraph benutzt, so hat gleichzeitig die schriftliche Benachrichtigung zu erfolgen.

2. Der beamtete Arzt hat in jedem ersten Falle einer der in dem § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten — jedoch mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach — sowie in Verdachtsfällen von Kindbettfieber und Typhus unverzüglich an Ort und Stelle die erforderlichen Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und bei Typhus, Milzbrand und Rotz in jedem Falle, bei den übrigen Krankheiten, falls nach Lage des Falles erforderlich, eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen. Auch hat er der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht begründet ist, und ihr die sonst erforderlichen Mitteilungen zu machen.

In Notfällen kann der beamtete Arzt die Ermittelung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist.

Der beamtete Arzt hat in jedem Falle, bevor er seine Ermittelungen vornimmt, festzustellen, ob der Kranke sich in ärztlicher Behandlung befindet, und, wenn dies der Fall, den behandelnden Arzt von seiner Absicht, den Kranken aufzusuchen, so zeitig in Kenntnis zu setzen, daß dieser sich spätestens gleichzeitig mit dem beamteten Arzt in der Wohnung des Kranken einzufinden vermag. Auch hat er den behandelnden Arzt, soweit dieser es wünscht, zu den Untersuchungen, welche zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlich sind, namentlich auch zu einer etwa erforderlichen Leichenöffnung, rechtzeitig vorher einzuladen.

In Fällen von Milzbrand und Rotz hat der beamtete Arzt die Ermittelungen im Benehmen mit dem beamteten Tierarzt vorzunehmen.

3. Die Anordnung der Leichenöffnung zum Zwecke der Feststellung der Krankheit ist außer bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht nur bei Rotz- und Typhusverdacht zulässig und soll nur dann stattfinden, wenn die bakteriologische Untersuchung der Absonderungen und des Blutes (Agglutination) zur Feststellung nicht ausreicht oder nach Lage des Falles nicht ausführbar ist.

4. In Ortschaften mit mehr als 10 000 Einwohnern, in welchen die Seuche bereits festgestellt ist, haben die vorstehend bezeichneten Ermittelungen und Feststellungen auch dann zu geschehen, wenn die Entfernungen, in welchen neue Krankheitsfälle sich ereignen, von den alten Fällen so groß oder die örtlichen Bedingungen ihrer Entstehung so verschieden sind, daß die Sachlage nicht viel anders ist, als wenn die Krankheit in zwei verschiedenen, einander naheliegenden Ortschaften ausbricht. Es empfiehlt sich, daß in solchen Ortschaften die Polizeibehörde im Einvernehmen mit dem beamteten Arzt im voraus allgemein Bezirke räumlich abgrenzt, in deren jedem der erste Seuchenfall von ihnen jedesmal behandelt werden soll, wie der erste Fall in der ganzen Ortschaft.

5. Mit der Ermittelung und Feststellung des ersten Falles von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach in einer Ortschaft, sofern er nicht von einem Arzt angezeigt ist, hat die Polizeibehörde, sobald ihr die Anzeige zugegangen oder der Ausbruch der Krankheit auf andere Weise zu ihrer Kenntnis gelangt ist, unter Übersendung der Anzeige einen Arzt zu beauftragen; sie soll dazu in der Regel behufs Kostenersparnis den nächst erreichbaren Arzt wählen. Ist die An-

zeige seitens eines Arztes erfolgt, so hat die Polizeibehörde diesen um die erforderlichen Auskünfte zu ersuchen.

6. Der Regierungspräsident kann, wenn nach den Verhältnissen angezeigt, Ermittelungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen; es empfiehlt sich bei jedem einzelnen Krankheits- oder Todesfall an Kindbettfieber oder Kindbettfieberverdacht von dieser Befugnis Gebrauch zu machen. Solange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzt Ermittelungen nur im Einverständnisse mit dem Landrat, in Stadtkreisen der Polizeibehörde und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

7. Die in den §§ 2 und 3 des Gesetzes aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzt und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen.

8. Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes — bei Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach des mit der Feststellung beauftragten Arztes — der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder bei Kindbettfieber, Rotz, Rückfallfieber oder Typhus der Verdacht der Krankheit begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen. Bei Milzbrand und Rotz ist darauf zu achten, daß die gesundheitspolizeilichen Maßregeln mit den veterinärpolizeilichen stets im Einklang stehen.

Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. Diese Anordnungen sind dem Betroffenen schriftlich zu geben. Der Gemeindevorsteher hat, falls er nicht selbst die Polizeiverwaltung führt, den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der Polizeibehörde anderweite Verfügung getroffen wird.

9. Für Ortschaften und Bezirke, welche von Milzbrand, Rotz, Ruhr oder Typhus befallen sind, und in welchen ein allgemeiner Leichenschauzwang nicht besteht, kann geeignetenfalls im Polizeiverordnungswege angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) womöglich durch einen Arzt zu unterwerfen ist.

10. Die Kreisärzte haben dem Regierungspräsidenten an jedem Dienstag eine Nachweisung über die in der vorhergehenden Woche amtlich gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten nach anliegendem Muster (Anlage 3) durch die Hand des Landrats, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde, einzureichen.

Auf Grund dieser Nachweisungen haben die Regierungspräsidenten Wochennachweisungen über die in dem Regierungsbezirk vorgekommenen Erkrankungen und Todesfälle der bezeichneten Art nach anliegendem Muster (Anlage 4) aufstellen zu lassen und dem Minister der Medizinalangelegenheiten direkt und spätestens am Donnerstag jeder Woche einzureichen. Je eine Abschrift dieser Nachweisungen haben die Regierungspräsidenten gleichzeitig dem Oberpräsidenten, dem Generalkommando und dem Kaiserlichen Gesundheitsamte zu übersenden.

11. Für die bakteriologische Feststellung der übertragbaren Krankheiten und die im Verlauf der Krankheitsfälle erforderlichen weiteren bakteriologischen Untersuchungen sind von den Regierungspräsidenten aus der Zahl der unten aufgeführten Untersuchungsanstalten im voraus bestimmte Stellen zu bezeichnen. An diese ist das Untersuchungsmaterial unter tunlichster Beschleunigung zu senden.

Die endgültige Feststellung des Typhus in einer Ortschaft kann auch durch besondere Sachverständige erfolgen, welche vom Minister der Medizinalangelegenheiten an Ort und Stelle entsendet werden.

Das Ergebnis der Untersuchungen ist seitens der Untersuchungsstelle unverzüglich dem Einsender der Untersuchungsobjekte, bei positivem Ausfall der Untersuchung auch dem beamteten Arzt, mitzuteilen. Hierbei ist dem beamteten Arzt

zugleich die Wohnung des Kranken sowie der Name und die Wohnung des einsendenden Arztes zu benennen.

Die bakteriologischen Untersuchungen können in folgenden Untersuchungsanstalten geschehen:

1. dem Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin N. 39, Nordufer-Föhrerstraße;
2. den bakteriologischen Untersuchungsstellen bei den Königlichen Regierungen (zur Zeit bestehen solche in Düsseldorf, Gumbinnen, Hannover, Koblenz, Köslin, Magdeburg, Marienwerder, Münster, Potsdam, Schleswig, Sigmaringen, Stettin, Stralsund, Trier und Wiesbaden);
3. den hygienischen Universitätsinstituten in Berlin, Bonn, Breslau, Göttingen, Greifswald, Halle a. S., Kiel, Königsberg;
4. dem Institut für experimentelle Therapie und Hygiene in Marburg i. H.;
5. den hygienischen Instituten in Beuthen O.-S. und Posen;
6. dem Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.;
7. der bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Saarbrücken;
8. den städtischen bakteriologischen Instituten in Charlottenburg, Cöln, Danzig, Dortmund und Stettin;
9. dem Institut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen;
10. bei Typhus außerdem in denjenigen Untersuchungsanstalten, welche etwa für die Typhusbekämpfung besonders eingerichtet sind oder werden.

Die Regierungspräsidenten haben dafür Sorge zu tragen, daß zur Aufnahme von Untersuchungsobjekten geeignete Gefäße in entsprechender Anzahl an Stellen, welche den beamteten sowie den praktischen Ärzten bekannt zu geben sind (z. B. Apotheken), bereitgehalten und unentgeltlich abgegeben werden. Abdrücke der betreffenden Anweisungen zur Entnahme und Entsendung der Untersuchungsobjekte sind den Gefäßen beizugeben.

12. Die Ortspolizeibehörden der Garnisonorte und derjenigen Orte, welche im Umkreise von 20 km von Garnisonorten oder im Gelände für militärische Übungen gelegen sind, haben alsbald nach erlangter Kenntnis jeden ersten Fall einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit in dem betreffenden Orte sowie jeden in zivilärztlicher Behandlung befindlichen Fall von Kindbettfieber, welcher in militärischen Dienstgebäuden untergebrachte Personen betrifft, der Militär- oder Marinebehörde mitzuteilen.

Über den weiteren Verlauf der Krankheit sind wöchentlich Zahlenübersichten der neu festgestellten Erkrankungs- und Todesfälle einzusenden. Jeder Mitteilung sind Angaben über die Wohnungen und Gebäude, in welchen die Erkrankungen aufgetreten sind, sowie auch über die Arbeitsstätte des Erkrankten beizufügen.

Die Mitteilungen sind für Garnisonorte und für die in ihrem Umkreise von 20 km gelegenen Orte an den Kommandanten oder, wo ein solcher nicht vorhanden ist, an den Garnisonältesten, für Orte im militärischen Übungsgelände an das Generalkommando zu richten.

Als Garnisonorte gelten alle die Orte, in welchen Truppenteile oder zum Bereiche der Heeres- oder Marineverwaltung gehörende sonstige Behörden (Bezirkskommandos, Kadetten- und andere Erziehungsanstalten, Genesungsheime u. dgl.) dauernd untergebracht sind.

Andererseits werden die zuständigen Militär- und Marinebehörden von allen in ihrem Dienstbereiche vorkommenden Erkrankungen und Todesfällen an einer anzeigepflichtigen Krankheit alsbald nach erlangter Kenntnis eine Mitteilung an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige Ortspolizeibehörde machen. Jeder Mitteilung werden Angaben über das Militärgebäude oder die Wohnungen, in welchen die Erkrankungen aufgetreten sind, beigefügt werden.

(Vgl. auch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. Juli 1902 R.G.Bl. S. 257, Min.-Erlaß vom 31. Dez. 1902, Min.-Bl. f. Med.-Ang. 1903 S. 75.).

Zu § 7.

Ist die Anzeigepflicht auf eine der in dem § 1 nicht aufgeführten übertragbaren Krankheiten für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie

ausgedehnt worden, so findet die Bestimmung zu § 4 entsprechende Anwendung. Wegen der Art der Ermittelung und Feststellung der ersten Fälle wird zugleich mit der Einführung der Anzeigepflicht für diese Krankheiten das Erforderliche angeordnet werden.

Zu § 8.

1. Die in dem § 8 bei den einzelnen Krankheiten aufgeführten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln bezeichnen vorbehaltlich der Bestimmung des § 9 das Höchstmaß dessen, was bei den betreffenden Krankheiten im äußersten Fall polizeilich angeordnet werden darf.

Die Polizeibehörden sollen in der Regel nicht alle diese Maßregeln in jedem Falle zur Anwendung bringen, sondern sich auf diejenigen beschränken, welche nach Lage des Falles ausreichend erscheinen, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhüten. Es ist von Wichtigkeit, daß die Ärzte diese Gesichtspunkte bereits bei den Vorschlägen berücksichtigen, welche sie den Polizeibehörden machen. Soweit bei Milzbrand und Rotz veterinärpolizeiliche Interessen berührt werden, hat der beamtete Arzt sich mit dem beamteten Tierarzt ins Benehmen zu setzen.

Bei der Auswahl der Maßregeln ist einerseits nichts zu unterlassen, was zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit notwendig ist, andererseits aber dafür Sorge zu tragen, daß nicht durch Anwendung einer nach Lage des Falles zu weit gehenden Maßregel unnötig in die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung eingegriffen wird, oder vermeidbare Kosten entstehen.

2. Die getroffenen Anordnungen sind wieder aufzuheben:

bezüglich der kranken Personen

nach erfolgter Genesung, nach Überführung in das Krankenhaus oder nach dem Ableben des Kranken, in allen Fällen jedoch nur, nachdem die vorschriftsmäßige Schlußdesinfektion stattgefunden hat;

bezüglich der krankheitsverdächtigen Personen bei Kindbettfieber, Rückfallfieber, Typhus und Rotz, wenn sich der Verdacht als begründet nicht herausgestellt hat; bei Typhus ist dies erst dann anzunehmen, wenn eine mindestens zweimalige bakteriologische Untersuchung negativ ausgefallen ist.

3. Im einzelnen gilt hinsichtlich der zu ergreifenden Maßregeln folgendes:

I. Einer Beobachtung (§ 12 des Reichsgesetzes) können unterworfen werden:

1. kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Körnerkrankheit, Rotz, Rückfallfieber und Typhus;
2. kranke, krankheitsverdächtige und ansteckungsverdächtige Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, bei Syphilis, Tripper und Schanker;
3. ansteckungsverdächtige Personen bei Tollwut, d. h. solche Personen, welche von einem tollen oder tollwutverdächtigen Tiere gebissen worden sind.

Krank im Sinne des Gesetzes sind solche Personen, bei welchen eine der in dem § 1 aufgeführten Krankheiten festgestellt ist;

Krankheitsverdächtig sind solche Personen, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch einer der in dem § 1 aufgeführten Krankheiten befürchten lassen;

Ansteckungsverdächtig sind solche Personen, bei welchen zwar Krankheitserscheinungen noch nicht vorliegen, bei denen aber infolge ihrer nahen Berührung mit Kranken die Besorgnis gerechtfertigt ist, daß sie den Ansteckungsstoff in sich aufgenommen haben.

Die Beobachtung hat in schonender Form und so zu geschehen, daß Belästigungen tunlichst vermieden werden. Sie wird, abgesehen von den erforderlichen bakteriologischen Untersuchungen, in der Regel darauf beschränkt werden können, daß durch einen Arzt oder eine sonst geeignete Person in angemessenen Zwischenräumen Erkundigungen über den Gesundheitszustand der betreffenden Person eingezogen werden. Die Dauer der zulässigen Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen richtet sich nach der Zeit, welche erfahrungsgemäß zwischen

der Ansteckung und dem Ausbruch der Krankheit liegt. Sie beträgt bei Tollwut längstens ein Jahr.

Eine verschärfte Art der Beobachtung, verbunden mit Beschränkungen in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte, ist nur solchen Personen gegenüber zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

Anscheinend gesunde Personen, welche in ihren Ausleerungen die Erreger von Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, Ruhr oder Typhus ausscheiden („Bazillenträger"), sind auf die Gefahr, welche sie für ihre Umgebung bilden, aufmerksam zu machen und zur Befolgung der erforderlichen Desinfektionsmaßnahmen anzuhalten.

II. Die Regierungspräsidenten können in Fällen dringender Gefahr für den Umfang ihres Bezirkes oder für Teile desselben im Polizeiverordnungswege vorschreiben, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer der Inkubationszeit entsprechend zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen Körnerkrankheit, Rückfallfieber oder Typhus ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde schriftlich oder mündlich zu melden sind (§ 13 des Reichsgesetzes).

Unter zureisenden Personen sind nicht nur ortsfremde Personen, die von auswärts eintreffen, sondern auch ortsangehörige Personen zu verstehen, die nach längerem oder kürzerem Verbleiben in einer von der betreffenden Krankheit betroffenen Ortschaft oder in einem solchen Bezirke nach Hause zurückkehren.

III. Einer Absonderung (§ 14 Abs. 2 des Reichsgesetzes) können unterworfen werden:

1. kranke Personen, und zwar:
   a) ohne Einschränkung bei übertragbarer Genickstarre, Ruhr und Tollwut; Erwachsene auch bei Diphtherie und Scharlach;
   b) bei Diphtherie und Scharlach unterliegen auch Kinder der Absonderung, jedoch mit der Maßgabe, daß ihre Überführung in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gegen den Widerspruch der Eltern nicht angeordnet werden darf, wenn nach der Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist;
   c) kranke Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, bei Syphilis, Tripper und Schanker.
2. kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Rotz, Rückfallfieber und Typhus.

Die Absonderung kranker und krankheitsverdächtiger Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit andern als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzt oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt, und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet.

Die Absonderung ist womöglich in der Behausung des Kranken durchzuführen; in Fällen aber, wo dies nach den Verhältnissen nicht möglich, ist durch entsprechende Vorstellungen nach Möglichkeit dafür zu sorgen, daß der Kranke sich freiwillig in ein geeignetes Krankenhaus überführen läßt. Dies gilt namentlich von solchen Kranken, welche sich in engen, dicht bevölkerten Wohnungen, in öffentlichen Gebäuden, Schulen, Kasernen, Gefängnissen usw. oder in Räumen neben Milch- und Speisewirtschaften oder auf Gehöften, welche Milchlieferungen besorgen, befinden, sowie von Personen, welche kein besonderes Pflegepersonal zur Verfügung haben, sondern von ihren zugleich anderweitig in Anspruch genommenen Angehörigen gepflegt werden müssen.

Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für

zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

Geht die Krankheit einer wegen Ruhr oder Typhus abgesonderten Person in Genesung über, so ist die Absonderung nicht eher aufzuheben, als bis sich die Stuhlentleerungen des Kranken bei zwei, durch den Zeitraum einer Woche voneinander getrennten bakteriologischen Untersuchungen als frei von Ruhr- bezw. Typhuzbazillen erwiesen haben. Ist dies jedoch nach Ablauf von zehn Wochen, vom Beginn der Erkrankung ab gerechnet, noch nicht der Fall, so ist die Absonderung zwar aufzuheben, der Kranke aber als Bazillenträger zu behandeln.

Zur Beförderung von Personen, welche nach den Bestimmungen des Gesetzes abgesondert werden können, sollen dem öffentlichen Verkehre dienende Beförderungsmittel (Droschken, Straßen- oder Eisenbahnwagen u. dgl.) in der Regel nicht benutzt werden.

Soll dennoch ein derartiger Kranker oder Krankheitsverdächtiger ausnahmsweise mit der Eisenbahn befördert werden, so darf dies von der Polizeibehörde nur unter der Bedingung gestattet werden, daß der Person ein zuverlässiger Begleiter beigegeben wird. Auch hat die Polizeibehörde den Transport dem Bahnhofsvorstand der Abfahrts- sowie demjenigen der Bestimmungsstation rechtzeitig vorher unter Angabe von Tag und Stunde der Abfahrt und Ankunft anzuzeigen. Der Bahnhofsvorstand der Abgangsstation hat dem Zugführer und dem Schaffner des Wagenabteils, in welchem die Person befördert werden soll, in einer für dieselbe schonenden Form von der Art der Erkrankung Kenntnis zu geben.

Das betreffende Wagenabteil und der Abort sind alsbald vorschriftsmäßig zu desinfizieren.

Es ist schon in seuchenfreien Zeiten darauf hinzuwirken, daß wenigstens in den größeren Städten zur Beförderung der Kranken geeignete, außen und innen desinfizierbare Fuhrwerke von Fuhrherren, Vereinen oder aus öffentlichen Mitteln bereit gehalten werden.

Dem Führer des Wagens ist nach jeder Benutzung durch einen Kranken seitens der Ortspolizeibehörde ein Schein über die Ausführung des Transports auszuhändigen, welcher binnen 24 Stunden, mit einem Ausweis über die Ausführung der Desinfektion des Fuhrwerks versehen, an die Ortspolizeibehörde zurückzugeben ist.

IV. Wohnungen oder Häuser, in welchen an Rückfallfieber oder Typhus erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden (§ 14 Abs. 4 des Reichsgesetzes).

Dies hat bei Tage durch eine gelbe Tafel mit dem Namen der betreffenden Krankheit, bei Nacht durch eine gelbe Laterne zu geschehen, welche an einer in die Augen fallenden Stelle anzubringen sind.

Ungeachtet der Schwierigkeiten, mit welchen die erfolgreiche Durchführung unter Umständen, z. B. in Großstädten, verbunden sein mag, wird doch geeignetenfalls von dieser Maßnahme namentlich in Ortschaften mit dicht zusammenwohnender Bevölkerung, z. B. in Industriegebieten, Gebrauch gemacht werden müssen.

V. Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden bei Diphtherie, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Scharlach und Typhus (§ 14 Abs. 5 des Reichsgesetzes).

Diese Beschränkungen werden in der Regel darin zu bestehen haben, daß Pflegepersonen, welche einen mit einer dieser Krankheiten behafteten Kranken in Pflege haben, nicht gleichzeitig eine andere Pflege übernehmen dürfen, daß sie während der Pflege ein waschbares Überkleid zu tragen, die Desinfektionsvorschriften gewissenhaft zu befolgen und den Verkehr mit anderen Personen und in öffentlichen Lokalen tunlichst zu meiden haben.

Geben sie die Pflege des Kranken auf, so ist ihnen zu untersagen, die Pflege eines anderen Kranken zu übernehmen, bevor sie sich selbst, ihre Wäsche und Kleidung einer gründlichen Reinigung und Desinfektion unterzogen haben.

VI. Für Ortschaften und Bezirke, welche von Diphtherie, Milzbrand, Scharlach oder Typhus befallen sind, können hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung, sowie hinsichtlich des

Vertriebes von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Überwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln angeordnet, auch können Gegenstände der bezeichneten Art vorübergehend vom Gewerbebetriebe im Umherziehen ausgeschlossen werden (§ 15 Ziff. 1 und 2 des Reichsgesetzes).

Von den hierhergehörigen Betrieben kommen namentlich in Betracht: Vorkosthandlungen, Molkereien, Milch- und Speisewirtschaften, Eß- und Delikateßwarenhandlungen, Bäckereien, Konditoreien sowie Lumpenhandlungen bei Diphtherie und Scharlach, die drei erstgenannten Betriebe auch bei Typhus, Abdeckereien, Bürsten- und Pinselfabriken, Gerbereien, Lumpenhandlungen, Papierfabriken, Roßhaarspinnereien, Schlächtereien und Wollsortierereien bei Milzbrand.

Mit dem Zeitpunkte, in welchem der Kranke in ein Krankenhaus übergeführt und die Wohnung wirksam desinfiziert ist, sind die Beschränkungen unverzüglich wieder aufzuheben.

VII. Für Ortschaften und Bezirke, in welchen Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus aufgetreten ist, kann die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, verboten oder beschränkt werden, sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat.

Vor Erlaß derartiger Anordnungen ist sorgfältig zu prüfen, ob die Größe der abzuwendenden Gefahr mit den damit verbundenen wirtschaftlichen Nachteilen für die Bevölkerung in einem entsprechenden Verhältnisse steht.

VIII. Jugendliche Personen aus Behausungen, in welchen eine Erkrankung an Diphtherie, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach oder Typhus vorgekommen ist, müssen, soweit und solange eine Weiterverbreitung der Krankheit aus diesen Behausungen durch sie zu befürchten ist, vom Schul- und Unterrichtsbesuche ferngehalten werden (§ 16 des Reichsgesetzes). Dies hat tunlichst auch bei Erkrankungen an übertragbarer Genickstarre zu geschehen.

Auch ist darauf hinzuwirken, daß der Verkehr dieser Personen mit anderen Kindern, insbesondere auf öffentlichen Straßen und Plätzen, möglichst eingeschränkt wird.

Von jeder Fernhaltung einer Person von dem Schul- und Unterrichtsbesuche hat die Polizeibehörde dem Vorsteher der Schule (Direktor, Rektor, Hauptlehrer, ersten Lehrer, Vorsteherin usw.) unverzüglich Mitteilung zu machen.

Diese Bestimmungen finden auch auf Erziehungsanstalten, Kinderbewahranstalten, Spielschulen, Warteschulen, Kindergärten, Krippen u. dgl. Anwendung.

Wenn eine im Schulhause wohnhafte Person an einer der vorbezeichneten Krankheiten erkrankt, so wird die Schulbehörde die Schule unverzüglich zu schließen haben, falls der Kranke nicht wirksam abgesondert werden kann.

Kommt eine solche Krankheit in Pensionaten, Konvikten, Alumnaten, Internaten u. dgl. zum Ausbruch, so sind die Erkrankten mit besonderer Sorgfalt abzusondern und erforderlichenfalls unverzüglich in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum überzuführen. Bei Diphtherie, übertragbarer Genickstarre und Scharlach ist darauf hinzuwirken, daß diejenigen Zöglinge, welche mit Erkrankten in Berührung gewesen sind, täglich mehrmals Rachen und Nase mit einem desinfizierenden Mundwasser ausspülen. Auch ist denjenigen Zöglingen, welche mit Diphtheriekranken in Berührung gekommen sind, dringend anzuraten, sich durch Einspritzung von Diphtherieheilserum gegen die Krankheit immunisieren zu lassen.

Während der Dauer und unmittelbar nach dem Erlöschen der Krankheit empfiehlt es sich, daß der Anstaltsvorstand nur solche Zöglinge aus der Anstalt vorübergehend oder dauernd entläßt, welche nach ärztlichem Gutachten gesund, und in deren Absonderungen die Erreger der Krankheit bei der bakteriologischen Untersuchung nicht nachgewiesen sind.

IX. In Ortschaften, welche von Ruhr oder Typhus befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend, kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen, sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden (§ 17 des Reichsgesetzes).

Vor dem Erlaß einer solchen Anordnung ist sorgfältig zu prüfen, ob die betreffende Anlage ihrer Lage, Bauart und Einrichtung nach geeignet ist, zur Verbreitung der Krankheit beizutragen. Die Entscheidung hierüber ist nicht ohne vorherige Anhörung des beamteten Arztes zu treffen. In Zweifelsfällen ist eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen.

X. Die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen an Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten (§ 18 des Reichsgesetzes).

Diese einschneidende, nicht selten erhebliche Aufwendungen bedingende Maßregel darf nur ausnahmsweise in Fällen dringender Not, z. B. dann angeordnet werden, wenn die betreffenden Wohnungen und Gebäude so schlecht gehalten oder so überfüllt sind, daß sie die Bildung eines Seuchenherdes veranlaßt haben oder befürchten lassen.

XI. Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden. Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnis zum Werte der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden (§ 19 Abs. 1 und 3 des Reichsgesetzes).

Für die Ausführung der Desinfektion ist die anliegende Desinfektionsanweisung (Anlage 5) maßgebend.

Es empfiehlt sich, in Gemeinden und weiteren Kommunalverbänden, welche das Desinfektionswesen regeln, im Benehmen mit dem beamteten Arzte Desinfektionsordnungen zu erlassen; diese bedürfen der Genehmigung des Regierungspräsidenten.

Abgesehen von der Wäsche, Kleidung, den persönlichen Gebrauchsgegenständen und (außer bei Körnerkrankheit) dem Wohnzimmer des Kranken sind bei der Desinfektion besonders zu berücksichtigen:

- der Nasen- und Rachenschleim, sowie die Gurgelwässer bei Diphtherie, Genickstarre, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach,
- die Stuhlentleerungen bei Ruhr und Typhus,
- der Harn bei Typhus,
- die eitrigen Absonderungen und Verbandmittel bei Kindbettfieber, Milzbrand und Rotz.

Es ist regelmäßig anzuordnen und sorgfältig darüber zu wachen, daß nicht nur nach der Genesung oder dem Tode des Erkrankten eine sogenannte Schlußdesinfektion stattfindet, sondern daß während der ganzen Dauer der Krankheit die Vorschriften der Desinfektionsanweisung über die Ausführung der Desinfektion am Krankenbett peinlich befolgt werden. Es ist Aufgabe der Polizeibehörde und der beamteten Ärzte, die Bevölkerung hierauf bei jeder sich darbietenden Gelegenheit hinzuweisen.

Die angeordneten Desinfektionsmaßnahmen sind, soweit tunlich, durch staatlich geprüfte und amtlich bestellte Desinfektoren auszuführen, jedenfalls aber durch derartige sachverständige Personen zu überwachen.

XII. Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an Diphtherie, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand oder Rotz gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden (§ 21 des Reichsgesetzes).

Als solche kommen in Betracht:

Einhüllen der Leichen in Tücher, welche mit einer desinfizierenden Flüssigkeit getränkt sind, baldige Einsargung, Füllung des Sargbodens mit einem aufsaugenden Stoffe, baldige Schließung des Sarges, Überführung des Sarges in ein Leichenhaus oder einen anderen geeigneten Absonderungsraum, Verbot der Ausstellung der Leiche im Sterbehause oder im offenen Sarge, Beschränkung des Leichengefolges, Verbot der Leichenschmäuse, baldige Bestattung, Befolgung der Desinfektionsmaßregeln seitens der Leichenträger.

Das Betreten des Sterbehauses, die Begleitung der Leichen der an Diphtherie oder Scharlach verstorbenen Personen durch Schulkinder und das Singen der Schulkinder am offeuen Grabe ist zu verbieten.

Zu § 9.

1. Die zwangsweise Anhaltung zur ärztlichen Behandlung von Personen, welche an Körnerkrankheit leiden, soll nur in Orten und in Bezirken geschehen, in welchen eine planmäßige Bekämpfung der Körnerkrankheit stattfindet.

Die zwangsweise Behandlung kann in öffentlichen ärztlichen Sprechstunden oder in einem geeigneten Krankenhause stattfinden, die Unterbringung in einem Kraukenhause jedoch nur dann, wenn zur Heilung des Falles die Vornahme einer Operation erforderlich ist. Die Vornahme einer solchen ist nur mit Zustimmung des Krauken zulässig.

Findet die Behandlung in einer öffentlichen Sprechstunde statt, so können die Kranken angehalten werden, sich au bestimmten Orten zu bestimmten Tagen und Stunden zur Untersuchung und Behandlung einzufinden.

2. Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, sind anzuhalten, sich an bestimmten Orten und zu bestimmten Tagen und Stunden zur Untersuchung einzufinden. Wird bei dieser Untersuchung festgestellt, daß sie an Syphilis, Tripper oder Schanker leiden, so sind sie auzuhalten, sich ärztlich behandeln zu lassen.

Es empfiehlt sich, durch Einrichtung öffentlicher ärztlicher Sprechstunden diese Behandlung möglichst zu erleichtern. Können die betreffenden Personen nicht nachweisen, daß sie diese Sprechstunden in dem erforderlichen Umfange besuchen, oder besteht begründeter Verdacht, daß sie trotz ihrer Erkrankung weiter der gewerbsmäßigen Unzucht nachgehen, so sind sie unverzüglich in ein geeignetes Krankenhaus überzuführen und aus demselben nicht zu entlassen, bevor sie geheilt sind.

Zu § 12.

1. Die Ermittelung der Krankheit und die Ausführung der nach Maßgabe dieser Anweisung zu ergreifenden Schutzmaßregeln liegt, insoweit davon

1. dem aktiven Heere oder der aktiven Marine angehörende Militärpersonen,
2. Personen, welche in militärischen Dienstgebäuden oder auf den zur Kaiserlichen Marine gehörigen oder von ihr gemieteten Schiffen und Fahrzeugen untergebracht sind,
3. marschierende oder auf dem Transporte befindliche Militärpersonen und Truppenteile des Heeres und der Marine sowie die Ausrüstungs- und Gebrauchsgegenstände derselben,
4. ausschließlich von der Militär- oder Marineverwaltung benutzte Grundstücke und Einrichtungen

betroffen werden, den Militär- und Marinebehörden ob.

2. Für den Eisenbahnverkehr sowie für Schiffahrtsbetriebe, welche im Anschluß an den Eisenbahnverkehr geführt werden und der Eisenbahnaufsichtsbehörde unterstellt sind, liegt die Ausführung der zu ergreifenden Schutzmaßregeln ausschließlich den Eisenbahnbehörden ob.

Zu § 13 Abs. 2.

Sollen an Stelle der beamteten Ärzte im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten andere Ärzte zugezogen werden, so ist meine Entscheidung eiuzuholen. Im Falle dringender Notwendigkeit ist ein entsprechender Antrag vom Regierungspräsidenten telegraphisch zu stellen. Dabei sind in erster Linie solche Ärzte in Vorschlag zu bringen, welche die kreisärztliche Prüfung mit Erfolg abgelegt haben.

Zu §§ 14 bis 20.

Die vorliegenden Paragraphen machen den Polizeibehörden ein Handeln von Amts wegen in zwei Fällen zur Pflicht:

1. Wird eine der Invalidenversicherung unterliegende Person einer mit Beschränkung der Wahl des Aufenthaltsortes oder der Arbeitsstätte ver-

bundenen Beobachtung oder einer Absonderung unterworfen, weil sie an Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest oder Pocken erkrankt oder der Erkrankung oder Ansteckung an einer dieser Krankheiten verdächtig ist, so hat die Polizeibehörde, sofern die Person nicht während der Dauer jener Maßregel aus öffentlichen Mitteln verpflegt wird, die ihr gebührende Entschädigung wegen des entgangenen Arbeitsverdienstes alsbald festzusetzen. Ein Antrag ist nicht abzuwarten.

Die Entschädigung beträgt für jeden Arbeitstag den dreihundertsten Teil des für die Invalidenversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes (§ 34 des Invalidenversicherungsgesetzes), abzüglich des der abgesonderten oder beobachteten Person etwa seitens einer Krankenkasse im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes gewährten gesetzlichen Krankengeldes oder abzüglich des von ihr trotz der polizeilichen Beschränkungen etwa erzielten Arbeitsverdienstes.

Die erfolgte Festsetzung der Entschädigung ist sowohl der entschädigungsberechtigten Person als auch derjenigen Behörde zuzustellen, welche den nach § 26 Abs. 2 des Gesetzes in Betracht kommenden zahlungspflichtigen Verband vertritt.

2. Will die Polizeibehörde Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoff von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand oder Rotz behaftet sind, vernichten lassen, so hat sie ihren gemeinen Wert vor der Vernichtung durch zwei Sachverständige im Sinne der §§ 21 und 22 des Gesetzes abschätzen zu lassen. Wenn tunlich, ist der Eigentümer oder Inhaber der Gegenstände zuzuziehen und anzuhören. Die Sachverständigen sind anzuhalten, daß sie der Polizeibehörde eine von ihnen unterzeichnete Urkunde über die Schätzung zugehen lassen.

Ebenso ist zu verfahren, wenn bei der Desinfektion eines Gegenstandes, von welchem anzunehmen war, daß er mit dem Krankheitsstoff einer der benannten Krankheiten behaftet sei, der Gegenstand so beschädigt worden ist, daß er zu seinem bestimmungsgemäßen Gebrauch nicht weiter verwendet werden kann. In diesem Falle ist die Abschätzung vor der Rückgabe des Gegenstandes an den Empfangsberechtigten herbeizuführen.

Die Abschätzung vernichteter oder durch Desinfektion gebrauchsunfähig gewordener Gegenstände darf nur unterbleiben, wenn von vornherein feststeht, daß ein Entschädigungsanspruch ausgeschlossen ist (vgl. die §§ 32 und 33 des Reichsgesetzes), oder wenn der Berechtigte auf eine Entschädigung verzichtet oder sich mit der Polizeibehörde über die Höhe des Schadenersatzes geeinigt hat.

Ein Entschädigungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn

a) die betreffenden Gegenstände im Eigentume des Reichs, eines Bundesstaats oder einer kommunalen Körperschaft sich befinden, oder wenn sie trotz Verbotes ein- oder ausgeführt sind;

b) der Entschädigungsberechtigte die Gegenstände oder einzelne derselben an sich gebracht hatte, obwohl er wußte oder den Umständen nach annehmen mußte, daß dieselben bereits mit dem Krankheitsstoffe behaftet, oder daß sie auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren, oder wenn er zur Desinfektion durch eine Zuwiderhandlung gegen seuchenrechtliche Vorschriften Veranlassung gegeben hat. Ferner ist, wenn es sich um Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Rotz handelt, eine Entschädigung nicht zu zahlen, wenn der Beschädigte den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

Ist die Schätzungsurkunde bei der Polizeibehörde eingegangen, so ist nichts Weiteres zu veranlassen, falls nicht ein Antrag auf Entschädigung von seiten des Eigentümers des vernichteten oder beschädigten Gegenstandes oder des-

jenigen, in dessen Gewahrsam sich derselbe vor der Vernichtung oder zur Zeit der Desinfektion befand, gestellt wird. Ist die Antragsfrist gewahrt, so erfogt die Feststellung der Entschädigung, andernfalls Ablehnung wegen Fristversäumnis. Der Bescheid ist dem Antragsteller zuzustellen.

Zu § 25.

1. Als amtliche Beteiligung gilt jede Beteiligung des beamteten Arztes, welche ihm durch Gesetz, Dienstanweisung oder durch Einzelauftrag der vorgesetzten Dienstbehörde übertragen ist. Hierher gehört insbesondere seine Tätigkeit gemäß §§ 6—9, 14 Abs. 2 und 3, § 18 des Reichsgesetzes und § 6 Abs. 1—3, § 8 Nr. 1 und 3 des gegenwärtigen Gesetzes.
2. Ärzte, welche gemäß § 6 Abs. 4 des gegenwärtigen Gesetzes mit Feststellung von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach beauftragt worden sind, haben gemäß § 2 der Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 nur Anspruch auf Vergütung nach den niedrigsten Sätzen, da die Zahlung aus Staatsfonds erfolgt.

Die Polizeibehörden haben die bei ihnen infolge der Zuziehung von Ärzten behufs Feststellung einer dieser Krankheiten eingehenden Forderungsnachweise mit einer Bescheinigung darüber, daß es sich um eine Feststellung im Sinne des § 6 Abs. 4 handelt, dem Landrat einzureichen. Dieser veranlaßt eine Prüfung des Forderungsnachweises durch den Kreisarzt und reicht demnächst die Nachweisung gesammelt in der Zeit zwischen dem 1. und 15. Tage jedes Kalendervierteljahres dem Regierungspräsidenten ein.

Die Zahlung an den Arzt hat durch die Ortspolizeibehörde, welche ihn zugezogen hat, zu erfolgen.

Ist der Vorschrift zu § 6 unter Nr. 5 zuwider von der Ortspolizeibehörde nicht der nächsterreichbare Arzt zugezogen worden, und sind hierdurch Mehrkosten entstanden, so hat der Regierungspräsident zu prüfen, ob diese Abweichung gerechtfertigt erscheint. Ist dies nicht der Fall, so ist der Ortspolizeibehörde nur derjenige Betrag zu erstatten, welcher im Falle der Zuziehung des nächsterreichbaren Arztes entstanden sein würde.

Zu § 27.

I. Will eine Gemeinde wegen der ihr in einem Etatsjahr erwachsenen Kosten einen Erstattungsanspruch auf Grund dieser Vorschrift erheben, so hat alsbald nach Ablauf dieses Etatsjahres der Gemeindevorstand eine Nachweisung an den Vorsitzenden des Kreisausschusses einzureichen, aus welcher sich ergibt:

1. die Einwohnerzahl, berechnet nach der letzten Volkszählung;
2. die Art und Höhe der hierhergehörigen Kosten; dabei ist streng darauf zu achten, daß nur die nach §§ 26 und 27 des Gesetzes den Gemeinden zur Last fallenden Kosten Aufnahme finden, nicht aber die aus § 29 ihnen erwachsenden oder solche Kosten, welche andern Trägern rechtlich obliegen;
3. die in der Gemeinde umlagefähigen Sollbeträge an Einkommensteuer, einschließlich der fingierten Normalsteuersätze, sowie an Grund-, Gebäude-, Gewerbe- und Betriebssteuer;
4. das etatsmäßige direkte Gemeindesteuersoll — d. h. der ziffermäßige Betrag der Zuschläge zur Einkommen-, Grund-, Gebäude-, Gewerbe- und Betriebssteuer bezw. der veranlagten besonderen direkten Gemeindesteuern;
5. die Art, der Umfang und der Geldwert der Naturaldienste, welche etatsmäßig oder nach den Gemeindebeschlüssen zu leisten waren;
6. falls die Schulabgaben nicht bereits in den allgemeinen Gemeindeabgaben enthalten, sondern als Sozietätslasten erhoben worden sind, die Höhe der etatsmäßigen Schulabgaben.

Die Angabe zu 2 ist durch die betreffenden Rechnungsbeläge, die Angaben zu 3—6 durch den Gemeindehaushaltsetat bezw. Schulhaushaltsetat des Jahres, in welchem die Kosten entstanden sind, sowie durch eine Bescheinigung des Gemeindevorstandes, daß die Anforderung an Gemeindesteuern, Naturaldiensten und gegebenenfalls Schulabgaben in der angegebenen Höhe bezw. Bewertung für das genannte Jahr tatsächlich erfolgt ist, zu belegen.

II. Für einen Gutsbezirk, welcher einen entsprechenden Erstattungsantrag stellen will, hat der Gutsvorsteher gleichfalls alsbald nach Ablauf des betreffenden Etatsjahres eine Nachweisung an den Vorsitzenden des Kreisausschusses einzureichen, aus welcher sich ergibt:

1. die Höhe der hierhergehörigen Kosten (vergl. unter I, 2);
2. die Höhe der Einkommensteuer und Ergänzungssteuer sowie der staatlich veranlagten Realsteuern des Besitzers des Gutsbezirks;
3. die Höhe der Kreis- und Amtsabgaben, zu welchen der Besitzer herangezogen worden ist;
4. die Höhe der kommunalen Aufwendungen des Gutsbesitzers für Volksschule, Armen- und Wegewesen, einschließlich der gesondert nachzuweisenden und zu schätzenden Naturallasten;
5. im Falle des Bestehens statutarischer Bestimmungen über die Beteiligung von Gutsinsassen an den Kosten der Seuchenpolizei (§ 28 des gegenwärtigen Gesetzes) die Höhe dieser Beiträge sowie die Belastung der Gutsinsassen mit Armen- (§ 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 8. März 1871 — G.S. S. 130 —), Schul-, Kreis- und Provinziallasten.

Die Angaben zu 1 sind durch die Rechnungsbeläge, die Angaben zu 2 und 3 durch die Veranlagungsschreiben, diejenigen zu 5 durch die Einnahmebeläge zu begründen, die sonstigen Angaben sind von dem Gutsvorsteher, und wenn dieser selbst der Gutsbesitzer ist, von seinem Stellvertreter, als der Wahrheit entsprechend zu bescheinigen. Alle Angaben haben sich auf dasjenige Etatsjahr zu beziehen, in welchem die Kosten (zu I) entstanden sind.

III. Nach Prüfung der Unterlagen hat der Vorsitzende des Kreisausschusses das Weitere bezüglich der Herbeiführung eines Beschlusses über die teilweise Erstattung der Kosten durch den Kreis zu veranlassen. Dabei hat im Falle eines von einem Gutsbezirk ausgehenden Antrages tunlichst eine entsprechende Anwendung der Abs. 1 und 2 des § 27 zu erfolgen.

IV. Ist eine Erstattung seitens des Kreises an eine Stadt- oder Landgemeinde erfolgt, so reicht der Vorsitzende des Kreisausschusses die gesamten Unterlagen an den Regierungspräsidenten mit dem Antrage auf Erstattung der Hälfte der gezahlten Summe ein. Der Regierungspräsident hat dem Antrage stattzugeben, soweit eine genaue Prüfung der Unterlagen die Berechtigung der vom Kreise gezahlten Erstattungssumme ergibt.

Wird gegen einen Kreis von einer Gemeinde Klage im Verwaltungsstreitverfahren gemäß Abs. 4 des § 27 erhoben, so hat der Kreis die Beiladung des Regierungspräsidenten als Vertreters des Fiskus zu beantragen. Sollte der Kreis dies verabsäumen, so wird sich die Beiladung von Amts wegen gemäß § 70 des Landesverwaltungsgesetzes empfehlen. Ist die Zahlungspflicht des Kreises nach Beiladung des Regierungspräsidenten durch rechtskräftiges Urteil festgestellt, so genügt lediglich die Vorlegung einer mit der Bescheinigung der Rechtskraft versehenen Urteilsausfertigung. In diesem Falle hat die Erstattung der Hälfte der im Urteil festgestellten Summe ohne weiteres zu erfolgen.

V. Hat ein Kreis einem Gutsbezirk auf Grund des § 27 Abs. 5 eine Zahlung geleistet, so ist dem Antrage auf Erstattung der Hälfte ein eingehender Nachweis darüber beizufügen, daß der Gutsbezirk tatsächlich leistungsunfähig ist, und daß sich die Beihilfe in denjenigen Grenzen gehalten hat, innerhalb deren ein Erstattungsanspruch seitens einer Landgemeinde unter 5000 Einwohnern nach den Vorschriften des § 27 Abs. 1 besteht. Nur insoweit diese Nachweise als erbracht zu erachten sind, hat der Regierungspräsident dem Erstattungsantrage stattzugeben.

Zu § 29.

Einrichtungen im Sinne des § 29 sind lediglich solche, welche zur Durchführung der in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes in Verbindung mit den §§ 12—19 und 21 des Reichsgesetzes vorgesehenen Schutzmaßregeln erforderlich sind, also insbesondere: Beobachtungs- und Absonderungsräume, Unterkunftsstätten für Kranke, Desinfektionsapparate, Beförderungsmittel für Kranke und Verstorbene, Räume zur Aufbewahrung von Leichen und Beerdigungsplätze, sei es, daß diese Einrichtungen dauernd, sei es, daß sie nur vorübergehend für die

Dauer einer Krankheitsgefahr getroffen werden. Nicht dagegen gehören hierher die der regelmäßigen Krankenpflege dienenden oder die im § 35 des Reichsgesetzes aufgeführten Einrichtungen zur allgemeinen Verbesserung der hygienischen Verhältnisse (Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser, Fortschaffung der Abfallstoffe).

Da die Einrichtungen im Sinne des § 29 für einzelne kleinere Gemeinden unverhältnismäßig hohe Aufwendungen erfordern würden und vielfach unbeschadet ihrer Wirksamkeit für eine größere Anzahl von Gemeinden zusammen getroffen werden können, so wird es in der Regel zweckmäßig sein, daß entweder nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften Zweckverbände zu diesem Behufe gebildet werden, oder daß die Kreise von der in Abs. 2 ausdrücklich anerkannten Befugnis Gebrauch machen, wie dies bereits bisher in weitem Umfange geschehen ist.

Wegen der Bereitstellung von Baracken durch den Preußischen Landesverein vom Roten Kreuz bei Epidemien von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, Diphtherie, Körnerkrankheit, Ruhr, Scharlach und Typhus verweise ich auf die zufolge des Ministerialerlasses vom 25. März 1905 (Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 175 ff.) hierüber abgeschlossenen Verträge.

Zu § 30.

Die Kommunalaufsichtsbehörden haben beizeiten dafür Sorge zu tragen, daß der Bedarf an Unterkunftsräumen, Ärzten, Pflegepersonal, Arznei-, Desinfektions- und Beförderungsmitteln für Kranke und Verstorbene durch freiwillige Beschaffung seitens der Kommunalverbände, namentlich der Kreise, sichergestellt wird.

In größeren Ortschaften ist auf die Errichtung von öffentlichen Desinfektionsanstalten, in welchen die Anwendung von Wasserdampf als Desinfektionsmittel erfolgen kann, hinzuwirken, sofern solche Anstalten nicht bereits in genügender Anzahl vorhanden sind.

Die Ausbildung eines geschulten Desinfektionspersonals ist ebenfalls rechtzeitig vorzubereiten.

Wird ein Einverständnis mit dem Kreise oder mit der Gemeinde nicht erzielt, so hat die Aufsichtsbehörde die Anordnung gemäß § 30 auf das Maß des unbedingt Erforderlichen zu beschränken und dabei in ihrer Anforderung nicht weiter zu gehen, als nach ihrem pflichtmäßigen Ermessen die Gemeinde vermöge ihrer Finanzkraft zu leisten vermag.

Zu § 31.

Ist im Beschlußverfahren eine Einrichtung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, deren Beschaffung die Kommunalaufsichtsbehörde angeordnet hat, als nötig anerkannt, andererseits aber die Leistungsfähigkeit der Gemeinde verneint, oder deren Leistung niedriger bemessen worden, als daß damit die Anordnung durchgeführt werden könnte, so hat die Kommunalaufsichtsbehörde vor weiterer Veranlassung jedesmal an mich zu berichten.

Zu § 32.

Von der Befugnis zur sofortigen Durchführung einer Anordnung, welcher eine Gemeinde auch nach erneuter, angemessen befristeter Anhörung Folge zu leisten sich weigert, ist nur dann Gebrauch zu machen, wenn von der Unterlassung eine unmittelbare dringende Gefahr für das öffentliche Wohl zu besorgen ist.

Auch in solchen Fällen ist, wenn tunlich, vorgängig an mich zu berichten. Ist dies nach Lage der Verhältnisse nicht angängig, so ist mir jedesmal sofort unter Darlegung des Sachverhalts Anzeige zu erstatten.

Berlin, den 15. September 1906.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten

von Studt.

Anlage 1.

Anzeige eines Falles von

1. Aussatz (Lepra) oder Aussatzverdacht. — 2. Bißverletzung durch ein tolles oder tollwutverdächtiges Tier. — 3. Cholera (asiatische) oder Choleraverdacht — 4. Diphtherie (Rachenbräune). — 5. Fleckfieber (Flecktyphus) oder Fleckfieberverdacht. — 6. Fleisch-, Fisch- oder Wurstvergiftung. — 7. Gelbfieber oder Gelbfieberverdacht. — 8. Genickstarre (übertragbare). — 9. Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber). — 10. Körnerkrankheit (Granulose, Trachom). — 11. Lungen- und Kehlkopftuberkulose (nur bei Todesfällen). — 12. Milzbrand. — 13. Pest (orientalische Beulenpest) oder Pestverdacht. — 14. Pocken (Blattern) oder Pockenverdacht. — 15. Rotz. — 16. Rückfallfieber (Febris recurrens). — 17. Ruhr, übertragbare (Dysenterie). — 18. Scharlach (Scharlachfieber). — 19. Tollwut (Lyssa). — 20. Trichinose. — 21. Typhus (Unterleibstyphus).

(Das Zutreffende ist zu unterstreichen.)

Ort der Erkrankung: . . . .
Wohnung (Straße, Hausnummer, Stockwerk): . . . .
des Erkrankten
Familienname: . . . .
Geschlecht: männlich, weiblich. (Zutreffendes ist zu unterstreichen.)
Alter: . . . .
Stand oder Gewerbe: . . . .
Stelle der Beschäftigung: . . . .
Tag der Erkrankung: . . . .
Tag des Todes: . . . .
Sind schulpflichtige Kinder in dem Hausstande vorhanden? . . . . .
Name und Wohnung des behandelnden Arztes: . . . .
Bemerkungen (insbesondere auch ob, wann und woher zugereist): . .

. . . . . ., den . ten . . . . 19 .

(Unterschrift.)

Anlage 2.

Liste der Fälle von ....

1.	2.	3.	4.		5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
Ort der Erkrankung	Wohnung (Straße, Hausnummer, Stockwerk)	Des Erkrankten						Tag			Name und Wohnort des behandelnden Arztes	Bemerkungen (ob, wann und woher zugereist; bakteriologisch festgestellt, wann und von wem; Infektion durch Milch, Wasser u. dgl. m.
		Familienname	Geschlecht		Alter	Stand oder Gewerbe	Stelle der Beschäftigung	der Erkrankung	der Anzeige	des Todes		
			männlich	weiblich	Jahre							

Anlage 3.

Nachweisung

über die im Kreise .... in der Woche vom .... bis .... 19 ....

amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten.

Ortschaften	1		2		3		4		5		6		7		8		9	10
	Aussatz		Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere		Cholera		Diphtherie		Fleckfieber		Gelbfieber		Genickstarre (übertragbar)		Kindbettfieber		Körnerkrankheit	Lungen- und Kehlkopftuberkulose
	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.

Ortschaften	11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Milzbrand		Pest		Pocken		Rotz		Rückfallfieber		Ruhr (übertragbar)		Scharlach		Tollwut		Unterleibstyphus					
	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.

Anlage 4.

Nachweisung

über die im Regierungsbezirk .... in der Woche vom .... bis .... 19........

amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten.

Kreise	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			11		
	Aussatz			Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere			Cholera			Diphtherie			Fleckfieber			Gelbfieber			Genickstarre (übertragbar)			Kindbettfieber			Körnerkrankheit			Lungen- und Kehlkopftuberkulose			Milzbrand		
	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.

Kreise	12			13			14			15			16			17			18			19			20			21		
	Pest			Pocken			Rotz			Rückfallfieber			Ruhr (übertragbar)			Scharlach			Tollwut			Unterleibstyphus								
	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.

Anlage 5.

Desinfektionsanweisung [1]).

I. Desinfektionsmittel.

1. Verdünntes Kresolwasser (2,5-prozentig). Zur Herstellung werden entweder 50 ccm Kresolseifenlösung (Liquor Cresoli saponatus des Arzneibuchs für das Deutsche Reich) oder $^1/_2$ Liter Kresolwasser (Aqua cresolica d. A. B. f. d. D. R.) mit Wasser zu 1 Liter Desinfektionsflüssigkeit aufgefüllt und gut durchgemischt.

2. Karbolsäurelösung (etwa 3-prozentig). 30 ccm verflüssigte Karbolsäure (Acidum carbolicum liquefactum d. A. B. f. d. D. R.) werden mit Wasser zu 1 Liter Desinfektionsflüssigkeit aufgefüllt und gut durchgemischt.

3. Sublimatlösung ($^1/_{10}$-prozentig). Zur Herstellung werden von den käuflichen rosa gefärbten Sublimatpastillen (Pastilla hydrargyri bichlorati d. A. B. f. d. D. R.) entweder eine Pastille zu 1 Gramm oder zwei zu je $^1/_2$ Gramm in 1 Liter Wasser aufgelöst.

4. Kalkmilch. Frisch gebrannter Kalk wird unzerkleinert in ein geräumiges Gefäß gelegt und mit Wasser (etwa der halben Menge des Kalkes) gleichmäßig besprengt; er zerfällt hierbei unter starker Erwärmung und unter Aufblähen zu Kalkpulver.

Die Kalkmilch wird bereitet, indem zu je 1 Liter Kalkpulver allmählich unter stetem Rühren 3 Liter Wasser hinzugesetzt werden.

Falls frisch gebrannter Kalk nicht zur Verfügung steht, kann die Kalkmilch auch durch Anrühren von je 1 Liter gelöschten Kalkes, wie er z. B. in einer Kalkgrube vorhanden ist, mit 3 Litern Wasser bereitet werden. Jedoch ist darauf zu achten, daß in diesen Fällen die oberste, durch den Einfluß der Luft veränderte Kalkschicht vorher beseitigt wird.

Die Kalkmilch ist vor dem Gebrauch umzuschütteln oder umzurühren.

5. Chlorkalkmilch wird aus Chlorkalk (Calcaria chlorata des A. B. f. d. D. R.), der in dicht geschlossenen Gefäßen vor Licht geschützt aufbewahrt war und stechenden Chlorgeruch besitzen soll, in der Weise hergestellt, daß zu je 1 Liter Chlorkalk allmählich unter stetem Rühren 5 Liter Wasser hinzugesetzt werden. Chlorkalkmilch ist jedesmal vor dem Gebrauche frisch zu bereiten.

6. Formaldehyd. Formaldehyd ist ein stechend riechendes, auf die Schleimhäute der Luftwege, der Nase und der Augen reizend wirkendes Gas, das in etwa 35-prozentiger wässeriger Lösung (Formaldehydum solutum des A. B. f. d. D. R.) käuflich ist. Die Formaldehydlösung ist gut verschlossen und vor Licht geschützt aufzubewahren. Formaldehydlösung, in welcher sich eine weiße, weiche, flockige Masse, die sich bei vorsichtigem Erwärmen nicht auflöst (Paraformaldehyd), abgeschieden hat, ist weniger wirksam, unter Umständen sogar vollkommen unwirksam und daher für Desinfektionszwecke nicht mehr zu benutzen.

Formaldehyd kommt zur Anwendung:

a) entweder in Dampfform; zu diesem Zweck wird die käufliche Formaldehydlösung in geeigneten Apparaten mit Wasser verdampft oder zerstäubt;

b) oder in wässeriger Lösung (etwa 1-prozentig) Zur Herstellung werden 30 Gramm der käuflichen Formaldehydlösung mit Wasser zu 1 Liter Desinfektionsflüssigkeit aufgefüllt und gut durchgemischt.

7. Wasserdampf. Der Wasserdampf muß mindestens die Temperatur des bei Atmosphärendruck siedenden Wassers haben. Zur Desinfektion mit Wasserdampf sind nur solche Apparate zu verwenden, welche sowohl bei der Aufstellung als auch später in regelmäßigen Zwischenräumen von Sachverständigen geprüft und geeignet befunden worden sind.

---

1) Diese Desinfektionsanweisung ist dazu bestimmt, als Grundlage für die Ausführung der Desinfektionen im allgemeinen zu dienen. Die spezielle Handhabung des Desinfektionswesens ist bei den einzelnen Krankheiten verschieden und ergibt sich aus den Desinfektionsanweisungen, welche den Sonderanweisungen für die Bekämpfung dieser Krankheiten beigegeben sind.

Neben Apparaten, welche mit strömendem Wasserdampf von Atmosphärendruck arbeiten, sind auch solche, die mäßig gespannten Dampf verwerten, verwendbar. Überhitzung des Dampfes ist zu vermeiden.

Die Prüfung der Apparate hat sich namentlich auf die Art der Dampfentwickelung, die Anordnung der Dampfzu- und ableitung, den Schutz der zu desinfizierenden Gegenstände gegen Tropfwasser und gegen Rostflecke, die Handhabungsweise und die für eine ausreichende Desinfektion erforderliche Dauer der Dampfeinwirkung zu erstrecken.

Auf Grund dieser Prüfung ist für jeden Apparat eine genaue Anweisung für seine Handhabung aufzustellen und neben dem Apparat an offensichtlicher Stelle zu befestigen.

Die Bedienung der Apparate ist, wenn irgend angängig, nur geprüften Desinfektoren zu übertragen. Es empfiehlt sich, tunlichst bei jeder Desinfektion durch einen geeigneten Kontrollapparat festzustellen, ob die vorschriftsmäßige Durchhitzung erfolgt ist.

8. Auskochen in Wasser, dem Soda zugesetzt werden kann. Die Flüssigkeit muß kalt aufgesetzt werden, die Gegenstände vollständig bedecken und vom Augenblick des Kochens ab mindestens $^1/_4$ Stunde lang im Sieden gehalten werden. Die Kochgefäße müssen zugedeckt sein.

9. Verbrennen, anwendbar bei leicht brennbaren Gegenständen von geringem Werte.

Anmerkung. Unter den angeführten Desinfektionsmitteln ist die Auswahl nach Lage des Falles zu treffen. Auch dürfen unter Umständen andere, in Bezug auf ihre desinfizierende Wirksamkeit und praktische Brauchbarkeit erprobte Mittel angewendet werden, jedoch müssen ihre Mischungs- und Lösungsverhältnisse, sowie ihre Verwendungsweise so gewählt werden, daß nach dem Gutachten des beamteten Arztes der Erfolg ihrer Anwendung einer Desinfektion mit den unter 1 bis 9 bezeichneten Mitteln nicht nachsteht.

II. Ausführung der Desinfektion.

Vorbemerkung.

Die Desinfektion soll nicht nur ausgeführt werden, nachdem der Kranke genesen, in ein Krankenhaus oder in einen anderen Unterkunftsraum übergeführt oder gestorben ist (Schlußdesinfektion), sondern sie soll fortlaufend während der ganzen Dauer der Krankheit (Desinfektion am Krankenbett) stattfinden.

Die Desinfektion am Krankenbett ist von ganz besonderer Wichtigkeit. Es ist deshalb in jedem Falle anzuordnen und sorgfältig darüber zu wachen, daß womöglich vom Beginn der Erkrankung an bis zu ihrer Beendigung alle Ausscheidungen des Kranken und die von ihm benutzten Gegenstände, soweit anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitserreger behaftet sind, fortlaufend desinfiziert werden. Hierbei kommen hauptsächlich die nachstehend unter Ziffer 1 bis 9, 14 bis 18, 24 angeführten Gegenstände in Betracht.

Auch sollen die mit der Wartung und Pflege des Kranken beschäftigten Personen ihren Körper, ihre Wäsche und Kleidung nach näherer Anweisung des Arztes regelmäßig desinfizieren.

Bei der Schlußdesinfektion kommen alle von dem Kranken benutzten Räume und Gegenstände in Betracht, soweit anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitserreger behaftet sind, und soweit ihre Desinfektion nicht schon während der Erkrankung erfolgt ist.

Genesene sollen vor Wiedereintritt in den freien Verkehr ihren Körper gründlich reinigen und womöglich ein Vollbad nehmen.

Auch sollen die Personen, welche die Schlußdesinfektion ausgeführt oder die Leiche eingesargt haben, ihren Körper, ihre Wäsche und Kleidung einer Desinfektion unterziehen.

1. Ausscheidungen des Kranken:

a) Lungen- und Kehlkopfauswurf, Rachenschleim und Gurgelwasser werden in Speigefäßen aufgefangen, welche bis zur Hälfte gefüllt werden:

α) entweder mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung; in diesem Falle dürfen die Gemische erst nach mindestens zweistündigem Stehen in den Abort geschüttet werden;

β) oder mit Wasser, welchem Soda zugesetzt werden kann; in diesem Falle müssen die Gefäße dann mit Inhalt ausgekocht oder in geeigneten Desinfektionsapparaten mit strömendem Wasserdampf behandelt werden;

auch läßt sich der Auswurf in brennbarem Material (z. B. Sägespänen) auffangen und mit diesem verbrennen;

b) Erbrochenes, Stuhlgang und Harn werden in Nachtgeschirren, Steckbecken u. dgl. aufgefangen, welche alsdann sofort mit der gleichen Menge von Kalkmilch, verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung aufzufüllen sind. Die Gemische dürfen erst nach mindestens zweistündigem Stehem in den Abort geschüttet werden;

c) Blut, blutige, eitrige und wässerige Wund- und Geschwürsausscheidungen, Nasenschleim sowie die bei Sterbenden aus Mund und Nase hervorquellende schaumige Flüssigkeit sind in Wattebäuschen, Leinen- oder Mulläppchen u. dgl. aufzufangen, welche sofort verbrannt oder, wenn dies nicht angängig ist, in Gefäße gelegt werden, welche mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung gefüllt sind. Sie müssen von der Flüssigkeit vollständig bedeckt sein und dürfen erst nach zwei Stunden beseitigt werden.

d) Hautabgänge (Schorfe, Schuppen u. dgl.) sind zu verbrennen oder, wenn dies nicht angängig ist, in der unter c bezeichneten Weise zu desinfizieren.

2. Verbandgegenstände, Vorlagen von Wöchnerinnen u. dgl. sind nach Ziffer 1 c zu behandeln.

3. Schmutzwässer sind mit Chlorkalkmilch oder Kalkmilch zu desinfizieren; von der Chlorkalkmilch ist so viel hinzuzusetzen, daß das Gemisch stark nach Chlor riecht, von der Kalkmilch so viel, daß das Gemisch kräftig rotgefärbtes Lackmuspapier deutlich und dauernd blau färbt; in allen Fällen darf die Flüssigkeit erst zwei Stunden nach Zusatz des Desinfektionsmittels beseitigt werden.

4. Badewässer von Kranken sind wie Schmutzwässer zu behandeln. Mit Rücksicht auf Ventile und Abflußröhren empfiehlt es sich hier, eine durch Absetzen oder Abseihen geklärte Chlorkalkmilch zu verwenden.

5. Waschbecken, Spuckgefäße, Nachtgeschirre, Steckbecken, Badewannen u. dgl. sind nach Desinfektion des Inhalts (Ziffer 1, 3 und 4) gründlich mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung auszuscheuern und dann mit Wasser auszuspülen.

6. Eß- und Trinkgeschirre, Tee- und Eßlöffel u. dgl. sind 15 Minuten lang in Wasser, dem Soda zugesetzt werden kann, auszukochen und gründlich zu spülen. Messer, Gabeln und sonstige Geräte, welche das Auskochen nicht vertragen, sind eine Stunde lang in 1-prozentige Formaldehydlösung zu legen und dann gründlich trocken zu reiben.

7. Leicht brennbare Spielsachen von geringem Wert sind zu verbrennen, andere Spielsachen von Holz oder Metall sind gründlich mit Lappen abzureiben, welche mit 1-proz. Formaldehydlösung befeuchtet sind, und dann zu trocknen.

8. Bücher (auch Akten, Bilderbogen u. dgl.) sind, soweit sie nicht verbrannt werden, mit Wasserdampf, trockener Hitze oder Formaldehyd zu desinfizieren.

9. Bett- und Leibwäsche, zur Reinigung der Kranken benutzte Tücher, waschbare Kleidungsstücke u. dgl. sind in Gefäße mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung zu legen. Sie müssen von dieser Flüssigkeit vollständig bedeckt sein und dürfen erst nach zwei Stunden weiter gereinigt werden. Das dabei ablaufende Wasser kann als unverdächtig behandelt werden.

10. Kleidungsstücke, die nicht gewaschen werden können, Federbetten, wollene Decken, Matratzen ohne Holzrahmen, Bettvorleger, Gardinen, Teppiche, Tischdecken u. dgl. sind in Dampfapparaten oder mit Formaldehyd zu desinfizieren. Das gleiche gilt von Strohsäcken, soweit sie nicht verbrannt werden.

11. Die nach den Desinfektionsanstalten oder -apparaten zu befördernden Gegenstände sind in Tücher, welche mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung angefeuchtet sind, einzuschlagen und tunlichst nur in gutschließenden, innen mit Blech ausgeschlagenen Kästen oder Wagen zu befördern. Ein Ausklopfen der zur Desinfektion bestimmten Gegenstände hat zu unterbleiben.

Wer solche Gegenstände vor der Desinfektion angefaßt hat, soll seine Hände in der unter Ziffer 14 angegebenen Weise desinfizieren.

12. Gegenstände aus Leder oder Gummi (Stiefel, Gummischuhe u. dgl.) werden sorgfältig und wiederholt mit Lappen abgerieben, welche mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung befeuchtet sind. Gegenstände dieser Art dürfen nicht mit Dampf desinfiziert werden.

13. Pelzwerk wird auf der Haarseite mit verdünntem Kresolwasser, Karbollösung, Sublimatlösung oder 1-proz. Formaldehydlösung durchfeuchtet, feucht gebürstet, zum Trocknen hingehängt und womöglich gesonnt. Pelzwerk darf nicht mit Dampf desinfiziert werden.

14. Hände und sonstige Körperteile müssen jedesmal, wenn sie mit infizierten Gegenständen (Ausscheidungen der Kranken, beschmutzter Wäche usw.) in Berührung gekommen sind, mit Sublimatlösung, verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung gründlich abgebürstet und nach etwa 5 Minuten mit warmem Wasser und Seife gewaschen werden. Zu diesem Zweck muß in dem Krankenzimmer stets eine Schale mit Desiufektionsflüssigkeit bereit stehen.

15. Haar-, Nagel- und Kleiderbürsten werden zwei Stunden lang in einprozentige Formaldehydlösung gelegt und dann ausgewaschen und getrocknet.

16. Ist der Fußboden des Krankenzimmers, die Bettstelle, der Nachttisch oder die Wand in der Nähe des Bettes mit Ausscheidungen des Kranken beschmutzt worden, so ist die betreffende Stelle sofort mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung gründlich abzuwaschen; im übrigen ist der Fußboden täglich mindestens einmal feucht aufzuwischen, geeignetenfalls mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung.

17. Kehricht ist zu verbrennen; ist dies ausnahmsweise nicht möglich, so ist er reichlich mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung zu durchtränken und erst nach zweistündigem Stehen zu beseitigen.

18. Gegenstände von geringem Werte (Strohsäcke mit Inhalt, gebrauchte Lappen, einschließlich der bei der Desinfektion verwendeten, abgetragene Kleidungsstücke, Lumpen u. dgl.) sind zu verbrennen.

19. Leichen sind in Tücher zu hüllen, welche mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung getränkt sind, und alsdann in dichte Särge zu legen, welche am Boden mit einer reichlichen Schicht Sägemehl, Torfmull oder anderen aufsaugenden Stoffen bedeckt sind.

20. Zur Desinfektion infizierter oder der Infektion verdächtiger Räume, namentlich solcher, in denen Kranke sich aufgehalten oder Leichen gestanden haben, sind zunächst die Lagerstellen, Gerätschaften u. dgl., ferner die Wände mindestens bis zu 2 Meter Höhe, die Türen, die Fenster und der Fußboden mittelst Lappen, die mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung getränkt sind, gründlich abzuwaschen oder auf andere Weise ausreichend zu befeuchten; dabei ist besonders darauf zu achten, daß die Lösungen in alle Spalten, Risse und Fugen eindringen.

Die Lagerstellen von Kranken oder Verstorbenen und die in der Umgebung von mindestens 2 Meter Entfernung befindlichen Gerätschaften, Wand- und Fußbodenflächen sind bei dieser Desinfektion besonders zu berücksichtigen.

Alsdann sind die Räumlichkeiten mit einer ausreichenden Menge heißen Seifenwassers zu spülen und gründlich zu lüften. Getünchte Wände sind mit einem frischen Kalkanstrich zu versehen, Fußböden aus Lehmschlag u. dgl. reichlich mit Kalkmilch zu bestreichen.

21. Zur Desinfektion geschlossener oder allseitig gut abschließender Räume empfiehlt sich auch die Anwendung des Formaldehyds; sie eignet sich zur Vernichtung von Krankheitskeimen, die an freiliegenden Flächen oberflächlich oder nur in geringer Tiefe haften. Vor Beginn der Desinfektion sind alle Undichtig-

keiten der Fenster, Türen, Ventilationsöffnungen u. dgl. sorgfältig zu verkleben oder zu verkitten. Es ist überhaupt die größte Sorgfalt auf die Dichtung des Raumes zu verwenden, da hiervon der Erfolg der Desinfektion wesentlich abhängt. Auch ist durch eine geeignete Aufstellung, Ausbreitung oder sonstige Anordnung der in dem Raume befindlichen Gegenstände dafür zu sorgen, daß der Formaldehyd ihre Oberflächen in möglichst großer Ausdehnung trifft.

Für je 1 Kubikmeter Luftraum müssen mindestens 5 Gramm Formaldehyd oder 15 ccm Formaldehydlösung (Formaldehydum solutum des A. B. f. d. D. R.) und gleichzeitig etwa 30 ccm Wasser verdampft werden. Die Öffnung der desinfizierten Räume darf frühestens nach 4 Stunden, soll aber womöglich später und in besonderen Fällen (überfüllte Räume) erst nach 7 Stunden geschehen. Der überschüssige Formaldehyd ist vor dem Betreten des Raumes durch Einleiten von Ammoniakgas zu beseitigen.

Die Desinfektion mittelst Formaldehyds soll tunlichst nur von geprüften Desinfektoren nach bewährten Verfahren ausgeführt werden.

Nach der Desinfektion mittelst Formaldehyds können die Wände, die Zimmerdecke und die freien Oberflächen der Gerätschaften als desinfiziert gelten. Augenscheinlich mit Ausscheidungen des Kranken beschmutzte Stellen des Fußbodens, der Wände usw. sind jedoch gemäß den Vorschriften unter Ziffer 20 noch besonders zu desinfizieren.

22. Holz- und Metallteile von Bettstellen, Nachttischen und anderen Möbeln, sowie ähnliche Gegenstände werden sorgfältig und wiederholt mit Lappen abgerieben, die mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung befeuchtet sind. Bei Holzteilen ist auch Sublimatlösung anzuwenden. Haben sich Gegenstände dieser Art in einem Raume befunden, während dieser mit Formaldehyd desinfiziert worden ist, so erübrigt sich die vorstehend angegebene besondere Desinfektion.

23. Samt-, Plüsch- und ähnliche Möbelbezüge werden mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung, 1-prozentiger Formaldehydlösung oder Sublimatlösung durchfeuchtet, feucht gebürstet und mehrere Tage hintereinander gelüftet. Haben sich Gegenstände dieser Art in einem Raume befunden, während dieser mit Formaldehyd desinfiziert worden ist, so erübrigt sich die vorstehend angegebene besondere Desinfektion.

24. Aborte. Die Tür, besonders die Klinke, die Innenwände bis zu 2 m Höhe, die Sitzbretter und der Fußboden sind mittelst Lappen, die mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung getränkt sind, gründlich abzuwaschen oder auf andere Weise ausreichend zu befeuchten; in jede Sitzöffnung sind mindestens 2 Liter verdünntes Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Kalkmilch zu gießen.

Der Inhalt der Abortgruben ist reichlich mit Kalkmilch zu übergießen. Das Ausleeren der Gruben ist während der Dauer der Krankheitsgefahr tunlichst zu vermeiden.

Der Inhalt von Tonnen, Kübeln u. dgl. ist mit etwa der gleichen Menge Kalkmilch zu versetzen und nicht vor Ablauf von 24 Stunden nach Zusatz des Desinfektionsmittels zu entleeren; die Tonnen, Kübel u. dgl. sind nach dem Entleeren innen und außen reichlich mit Kalkmilch zu bestreichen.

Pissoire sind mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung zu desinfizieren.

25. Düngerstätten, Rinnsteine und Kanäle sind mit reichlichen Mengen von Chlorkalkmilch oder Kalkmilch zu desinfizieren. Das gleiche gilt von infizierten Stellen auf Höfen, Straßen und Plätzen.

26. Krankenwagen, Krankentragen u. dgl. Die Holz- und Metallteile der Decke, der Innen- und Außenwände, Trittbretter, Fenster, Räder usw., sowie die Lederüberzüge der Sitze und Bänke werden sorgfältig und wiederholt mit Lappen abgerieben, die mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung befeuchtet sind. Bei Metallteilen ist die Verwendung von Sublimatlösung tunlichst zu vermeiden. Kissen und Polster, soweit sie nicht mit Leder überzogen sind, Teppiche, Decken usw. werden mit Wasserdampf oder nach Ziffer 23 desinfiziert. Der Wagenboden wird mit Lappen und Schrubber, welche

reichlich mit verdünntem Kresolwasser, Karbolsäurelösung oder Sublimatlösung getränkt sind, aufgescheuert.

Andere Personenfahrzeuge (Droschken, Straßenbahnwagen, Boote usw.) sind in gleicher Weise zu desinfizieren.

27. Die Desinfektion der Eisenbahn-Personen- und Güterwagen erfolgt nach den Grundsätzen der Ziffern 20, 21 und 26, soweit hierüber nicht besondere Vorschriften ergehen.

28. Brunnen. Röhrenbrunnen lassen sich am besten durch Einleiten von strömendem Wasserdampf, unter Umständen auch mit Karbolsäurelösung, Kesselbrunnen durch Eingießen von Kalkmilch oder Chlorkalkmilch und Bestreichen der inneren Wände mit einem dieser Mittel desinfizieren.

29. Das Rohrnetz einer Wasserleitung läßt sich durch Behandlung mit verdünnter Schwefelsäure desinfizieren; doch darf dies in jedem Falle nur mit Genehmigung des Regierungspräsidenten und nur durch einen besonderen Sachverständigen geschehen.

Anmerkung. 1. Abweichungen von den Vorschriften unter Ziffer 1 bis 29 sind zulässig, soweit nach dem Gutachten des beamteten Arztes die Wirkung der Desinfektion gesichert ist.

2. Es empfiehlt sich, in Gemeinden und weiteren Kommunalverbänden, welche das Desinfektionswesen regeln, im Benehmen mit dem beamteten Arzt Desinfektionsordnungen zu erlassen; diese bedürfen der Genehmigung des Regierungspräsidenten. (Vgl. auch die Vorschrift zu § 8 XI Abs. 3.)

Anhang.

Besondere Vorschriften für die Desinfektion von Schiffen und Flößen.

Auf Schiffen und Flößen ist die Desinfektion nach den vorstehenden Bestimmungen mit folgenden Maßgaben auszuführen:

1. Schiffe.

a) Soll die Desinfektion von Räumlichkeiten wegen der zu befürchtenden Beschädigungen oder wegen des längere Zeit haften bleibenden Geruchs des Desinfektionsmittels nicht nach den Bestimmungen in Ziffer 20 und 21 stattfinden, so hat sie in folgender Weise zu geschehen.

Die nicht mit Ölfarbe gestrichenen Flächen der Wände und Fußböden werden mit Kalkmilch angetüncht; dieser Anstrich ist nach 3 Stunden zu wiederholen. Erst nach dem Trocknen des zweiten Anstrichs darf wieder feucht abgescheuert werden.

Die mit Ölfarbe gestrichenen Flächen der Wände und Fußböden werden frisch gestrichen.

b) Trink-, Gebrauchs- und Ballastwasser ist mit Kalkmilch oder mit Chlorkalkmilch zu desinfizieren. Von der Kalkmilch sind 2 Liter zu je 100 Litern des Wassers zuzusetzen; es ist eine mindestens einstündige Einwirkung des Desinfektionsmittels erforderlich. Chlorkalkmilch ist dem Wasser im Verhältnis von 1 zu 10000 zuzusetzen; es ist eine mindestens halbstündige Einwirkung der Chlorkalkmilch erforderlich. Kalkmilch und Chlorkalkmilch sind mit dem Wasser sorgfältig durch wiederholtes Umrühren zu vermischen. Unter Umständen kann Trink- und Gebrauchswasser auch durch Einleiten von Wasserdampf desinfiziert werden.

Liegen Wasserbehälter im Doppelboden des Schiffes, so wird es sich in der Regel empfehlen, das Wasser aus ihnen nach und nach in den Maschinenbilgeraum überpumpen zu lassen und hier mit Kalkmilch oder Chlorkalkmilch zu desinfizieren.

Handelt es sich um stehende Wasserbehälter in den Laderäumen, so kann man unter Umständen die Kalkmilch unmittelbar in sie hineinschütten und kräftig umrühren lassen. Zu diesen Maßnahmen ist der Schiffsmaschinist hinzuzuziehen.

c) Die Desinfektion des Bilgeraumes mit seinem Inhalt geschieht durch Kalkmilch, die mit 9 Teilen Wasser verdünnt ist (Kalkbrühe), in folgender Weise:

In diejenigen Teile des Bilgeraumes, welche leicht durch Abheben der Garnierungen und der Flurplatten zugänglich gemacht werden können (Maschinen- und Kesselraum, leere Laderäume), ist an möglichst vielen Stellen Kalkbrühe eimerweise hineinzugießen. Durch Umrühren mit Besen muß die Kalkbrühe kräftig mit dem Bilgewasser vermischt und überall, auch an die Wände des Bilgeraumes angetüncht werden. Zur Desinfektion der Maschinenbilge kann an Stelle der Kalkbrühe verdünntes Kresolwasser in gleicher Weise angewendet werden.

Überall da, wo der Bilgeraum nicht frei zugänglich ist, wird durch die von Deck herunterführenden Pumpen (Notpumpen) und Peilrohre so viel Kalkbrühe eingegossen, bis sie den Bilgerraum, ohne die Ladung zu berühren, anfüllt. Nach 12 Stunden kann die Bilge wieder entleert werden. Im einzelnen wird folgendermaßen verfahren:

α) Der Wasserstand in den Peilrohren wird gemessen.

β) 100 bis 200 Liter Kalkbrühe — je nach der Größe des Schiffes oder der einzelnen Abteilungen — werden eingefüllt.

γ) Der Wasserstand in den Peilrohren wird wieder gemessen. Zeigt sich jetzt schon ein erhebliches Ansteigen des Wasserstandes, so ist anzunehmen, daß sich irgendwie die Verbindungslöcher der einzelnen Abschnitte des Bilgeraumes verstopft haben, so daß keine freie Zirkulation des Wassers stattfindet. In solchen Fällen muß wegen der Gefahr des Überlaufens der Kalkbrühe und der dadurch bedingten Beschädigung der Ladung das Einfüllen unterbrochen werden, die Desinfektion des Bilgeraumes kann dann erst bei leerem Schiff stattfinden.

δ) Steigt das Wasser nur langsam, so ist, während von Zeit zu Zeit der Wasserstand gemessen wird, so viel Kalkbrühe einzufüllen, als der Bilgeraum ohne Schaden für die Landung aufnehmen kann.

Als Anhaltspunkt diene, daß auf 1 m Schiffslänge erforderlich sind: bei Holzschiffen 40 bis 60 Liter, bei eisernen Schiffen 60 bis 120 Liter Kalkbrühe.

Auf manchen Schiffen sind Rohrleitungen vorhanden, welche nicht wie die Pumpen und Peilrohre in die hintersten Teile des Schiffsbodens oder der einzelnen Abteilungen, sondern in die vorderen, höher gelegenen Teile führen. Diese sind dann vorzugsweise zu benutzen, weil dadurch die Vermischung des Desinfektionsmittels mit dem Bilgewasser erleichtert und besser gesichert wird.

Auf Schiffen mit getrennten Abteilungen muß jede Abteilung für sich in der angegebenen Weise behandelt werden.

2. Flöße.

Die von Kranken oder Krankheitsverdächtigen benutzten Hütten werden, soweit sie nicht nach Ziffer 20 desinfiziert werden können, ebenso wie das Lagerstroh verbrannt.

Die Umgebung der Hütten und diejenigen Stellen, welche augenscheinlich mit Ausscheidungen beschmutzt sind, werden durch reichliches Übergießen mit Kalkmilch oder Chlorkalkmilch desinfiziert.

---

4. Anweisung des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen, vom 9. Juli 1907.

§ 1. Die Schulbehörden sind verpflichtet, der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schule tunlichst entgegenzuwirken und die beim Auftreten dieser Krankheiten hinsichtlich der Schulen und anderen Unterrichtsanstalten erforderlichen Anordnungen nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften zu treffen.

§ 2. Auf die Reinhaltung der Schulgrundstücke, namentlich der Umgebung der Brunnen und der Schulräume einschließlich der Bedürfnisanstalten, ist be-

sondere Aufmerksamkeit zu richten. Die Klassenzimmer sind täglich auszukehren und wöchentlich mindestens zweimal feucht aufzuwischen, während der Schulpausen und der schulfreien Zeit zu lüften und in der kalten Jahreszeit angemessen zu erwärmen. Die Bedürfnisanstalten sind regelmäßig zu reinigen und erforderlichenfalls zu desinfizieren. Jährlich mindestens dreimal hat eine gründliche Reinigung der gesamten Schulräume einschließlich des Schulhofs zu erfolgen. Auch empfiehlt es sich, in angemessenen Zwischenräumen das Wasser der Schulbrunnen bakteriologisch untersuchen zu lassen.

§ 3. Folgende Krankheiten machen wegen ihrer Übertragbarkeit besondere Anordnungen für die Schulen und andere Unterrichtsanstalten erforderlich:

a) Aussatz (Lepra), Cholera (asiatische), Diphtherie (Rachenbräune), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Genickstarre (übertragbare), Pest (orientalische Beulenpest), Pocken (Blattern), Rückfallfieber (Febris recurrens), Ruhr (übertragbare, Dysenterie), Scharlach (Scharlachfieber) und Typhus (Unterleibstyphus);

b) Favus (Erbgrind), Keuchhusten (Stickhusten), Körnerkrankheit (Granulose, Trachom), Krätze, Lungen- und Kehlkopftuberkulose, wenn und solange in dem Auswurf Tuberkelbazillen enthalten sind, Masern, Milzbrand, Mumps (übertragbare Ohrspeicheldrüsenentzündung, Ziegenpeter), Röteln, Rotz, Tollwut (Wasserscheu, Lyssa) und Windpocken.

§ 4. Lehrer und Schüler, welche an einer der in § 3 genannten Krankheiten leiden, bei Körnerkrankheit jedoch nur, solange die Kranken deutliche Eiterabsonderung haben, dürfen die Schulräume nicht betreten. Dies gilt auch von solchen Personen, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, welche nur den Verdacht von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, Rotz, Rückfallfieber oder Typhus erwecken.

Die Ortspolizeibehörden sind angewiesen, von jeder Erkrankung eines Lehrers oder Schülers an einer der im Absatz 1 bezeichneten Krankheiten, welche zu ihrer Kenntnis gelangt, dem Vorsteher der Anstalt (Direktor, Rektor, Hauptlehrer, erster Lehrer, Vorsteherin usw.) unverzüglich Mitteilung zu machen.

Werden Lehrer oder Schüler von einer der in Absatz 1 bezeichneten Krankheiten befallen, so ist dies dem Vorsteher der Anstalt unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.

§ 5 siehe S. 136.

§ 6. Die Wiederzulassung zur Schule darf erfolgen

a) bei den in § 4 genannten Personen, wenn entweder eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nach ärztlicher Bescheinigung nicht mehr zu befürchten oder die für den Verlauf der Krankheit erfahrungsmäßig als Regel geltende Zeit abgelaufen ist. In der Regel dauern Pocken und Scharlach sechs, Masern und Röteln vier Wochen. Es ist darauf zu achten, daß die erkrankt gewesenen Personen vor ihrer Wiederzulassung gebadet und ihre Wäsche, Kleidung und persönlichen Gebrauchsgegenstände vorschriftsmäßig gereinigt bezw. desinfiziert werden;

b) siehe S. 139.

§ 7. Kommt in einer Schule oder anderen Unterrichtsanstalt eine Erkrankung an Diphtherie vor, so ist allen Personen, welche in der Anstalt mit dem Erkrankten in Berührung gekommen sind, dringend anzuraten, sich unverzüglich durch Einspritzung von Diphtherieheilserum gegen die Krankheit immunisieren zu lassen.

§ 8. Kommt in einer Schule oder anderen Unterrichtsanstalt eine Erkrankung an Diphtherie, übertragbarer Genickstarre oder Scharlach vor, so ist allen Personen, welche in der Anstalt mit dem Erkrankten in Berührung gekommen sind, dringend anzuraten, in den nächsten Tagen täglich Rachen und Nase mit einem desinfizierenden Mundwasser auszuspülen.

§ 9. Schüler, welche an Körnerkrankheit leiden, dürfen, solange sie keine deutliche Eiterabsonderung haben, am Unterricht teilnehmen, müssen aber besondere, von den gesunden Schülern genügend weit entfernte Plätze angewiesen erhalten und haben Berührungen mit den gesunden Schülern tunlichst zu vermeiden.

§ 10. Es ist darauf zu halten, daß Lehrer und Schüler, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Verdacht der Lungen- und Kehlkopftuberkulose erwecken — Mattigkeit, Abmagerung, Blässe, Hüsteln, Auswurf usw. — einen Arzt befragen und ihren Auswurf bakteriologisch untersuchen lassen.

Es ist Sorge dafür zu tragen, daß in den Schulen an geeigneten Plätzen leicht erreichbare, mit Wasser gefüllte Speigefäße in ausreichender Anzahl vorhanden sind. Das Spucken auf den Fußboden der Schulzimmer, Korridore, Treppen, sowie auf den Schulhof ist zu untersagen und nötigenfalls zu bestrafen.

§ 11. Kommt in einer Schule oder anderen Unterrichtsanstalt eine Erkrankung an Pocken vor, so ist allen Personen, welche in der Anstalt mit dem Erkrankten in Berührung gekommen sind, soweit sie nicht die Pocken überstanden haben oder innerhalb der letzten fünf Jahre mit Erfolg geimpft worden sind, dringend anzuraten, sich unverzüglich der Schutzpockenimpfung zu unterziehen.

§ 12. Wenn eine im Schulgebäude selbst wohnhafte Person an Aussatz, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, übertragbarer Genickstarre, Keuchhusten, Masern, Mumps, Pest, Pocken, Röteln, Rotz, Rückfallfieber, übertragbarer Ruhr, Scharlach oder Typhus oder unter Erscheinungen erkrankt, welche den Verdacht von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, Rotz, Rückfallfieber oder Typhus erwecken, so ist die Schule unverzüglich zu schließen, falls die erkrankte Person nach dem Gutachten des Kreisarztes weder in ihrer Wohnung wirksam abgesondert, noch in ein Krankenhaus oder einen anderen geeigneten Unterkunftsraum übergeführt werden kann.

Die Anordnung der Schulschließung trifft bei höheren Lehranstalten und bei Lehrerbildungsanstalten der Direktor, im übrigen in Landkreisen der Landrat, in Stadtkreisen der Bürgermeister. Vor jeder Schulschließung ist der Kreisarzt zu hören; auch ist dem Patronat (Kuratorium) in der Regel schon vor Schließung der Anstalt von der Sachlage Kenntnis zu geben.

§ 13. Kommt eine der in § 12 genannten Krankheiten in Pensionaten, Konvikten, Alumnaten, Internaten u. dgl. zum Ausbruch, so sind die Erkrankten mit besonderer Sorgfalt abzusondern und erforderlichenfalls unverzüglich in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum überzuführen. Die Schließung derartiger Anstalten darf nur im äußersten Notfall geschehen, weil sie die Gefahr einer Verbreitung der Krankheit in sich schließt.

Während der Dauer und unmittelbar nach dem Erlöschen der Krankheit empfiehlt es sich, daß der Anstaltsvorstand nur solche Zöglinge aus der Anstalt vorübergehend oder dauernd entläßt, welche nach ärztlichem Gutachten gesund und in deren Absonderungen die Erreger der Krankheit bei der bakteriologischen Untersuchung nicht nachgewiesen sind.

§ 14. Für die Beobachtung der in den §§ 2, 4 Abs. 1, 5 Abs. 1 und 4, 6 bis 11 und 13 gegebenen Vorschriften ist der Vorsteher der Schule (Direktor, Rektor, Hauptlehrer, erster Lehrer, Vorsteherin usw.), bei einklassigen Schulen der Lehrer verantwortlich. In den Fällen des § 12 hat der Vorsteher der Schule an den zur Schließung der Schule befugten Beamten unverzüglich zu berichten.

§ 15. In Ortschaften, in welchen Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, übertragbare Genickstarre, Keuchhusten, Masern, Mumps, Pest, Pocken, Röteln, Rückfallfieber, übertragbare Ruhr, Scharlach oder Typhus in epidemischer Verbreitung auftritt, kann die Schließung von Schulen oder einzelnen Schulklassen erforderlich werden. Über diese Maßregel hat die Schulaufsichtsbehörde nach Anhörung des Kreisarztes zu entscheiden. Bei Gefahr im Verzuge kann der Vorsteher der Schule (bei höheren Lehranstalten und bei Lehrerbildungsanstalten der Direktor) auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Schließung vorläufig anordnen, hat aber hiervon unverzüglich der Schulaufsichtsbehörde sowie dem Landrat Anzeige zu machen. Auch ist dem Patronat (Kuratorium) in der Regel schon vor Schließung der Anstalt von der Sachlage Kenntnis zu geben. Außerdem ist der

Vorsteher der Schule (Direktor) verpflichtet, alle gefahrdrohenden Krankheitsverhältnisse, welche die Schließung einer Schule oder Schulklasse angezeigt erscheinen lassen, zur Kenntnis der Schulaufsichtsbehörde zu bringen.

§ 16. Die Wiedereröffnung einer wegen Krankheit geschlossenen Schule oder Schulklasse kann nur von der in § 12 Abs. 2 bezeichneten Behörde auf Grund eines Gutachtens des Kreisarztes angeordnet werden. Auch muß ihr eine gründliche Reinigung und Desinfektion der Schule oder Schulklasse sowie der dazu gehörigen Nebenräume vorangehen.

§ 17. Die vorstehenden Vorschriften finden auch auf Erziehungsanstalten, Kinderbewahranstalten, Spielschulen, Warteschulen, Kindergärten, Krippen u. dgl. entsprechende Anwendung.

§ 18. Es empfiehlt sich, die Schüler gelegentlich des naturwissenschaftlichen Unterrichtes und bei sonstigen geeigneten Veranlassungen über die Bedeutung, die Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten aufzuklären und die Eltern der Schüler für das Zusammenarbeiten mit der Schule und für die Unterstützung der von ihr zu treffenden Maßregeln zu gewinnen.

b) Königreich Bayern.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900.

Zum Vollzuge des Reichsgesetzes sind Erlasse des Staatsministeriums des Innern unter dem 14. April und 27. Mai 1901 ergangen (Veröff. d. Kais. Ges.-A. S. 670, 671). Durch Erlaß des Staatsministeriums des Innern beider Abteilungen und des Staatsministeriums der Finanzen vom 19. November 1902 (Veröff. d. K. G.A. 1903, S. 182) sind die im Interesse der Feststellung der bakteriologischen Diagnose bei zweifelhaften Krankheits- und Todesfällen erforderlichen Untersuchungen den hygienischen Universitätsinstituten in Erlangen, München und Würzburg übertragen worden, welche von diesen gegen Gebühren auszuführen sind.

Durch Allerhöchste Verordnung vom 8. XII. 1904 wurde die Zuständigkeit der Behörden hinsichtlich der Ausführung des Reichsgesetzes vom 30. VI. 1900 geregelt (Ges.- u. Verordn.-Bl., S. 563, Veröff. d. K. G.A., S. 1299). — Weitere Ausführungsbestimmungen zum Reichsgesetz enthalten: Erlaß des Staatsministeriums vom 9. XI. 1904 (Amtsbl., S. 502), namentlich bezüglich der Kosten; Ministerialentschließung vom 27. IX. 1905 (Amtsbl., S. 482), betr. die Anweisungen des Bundesrats zur Bekämpfung von Aussatz u. s. w.; Bekanntmachung des Staatsministeriums vom 1. VII. 1905, betr. die Schutzmaßregeln in Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverkehr (Ges.- u. Verordn.-Bl., S. 519). — Entschließung des Ministeriums des Innern vom 20. I. 1906, betr. wechselseitige Benachrichtigung der Zivil- und Militärbehörden (Amtsbl., S. 45); — Bekanntmachung des Staatsministeriums für Verkehrsangelegenheiten vom 31. III. 1907, betr. Schutzmaßregeln im Eisenbahnressort (Ges.- u. Verordn.-Bl., S. 257).

Durch Königliche Verordnung, betr. die Verpflichtung der

Medizinalpersonen u. s. w., vom 22. VII. 1891 (Ges.- u. Verordn.-Bl., S. 229), ist für Ärzte, Wundärzte und Bader eine Anzeigepflicht eingeführt, und zwar unbedingt bezüglich des Auftretens von Cholera, Genickstarre, Kindbettfieber, Milzbrand, Pocken, Rotz, Rückfallfieber, Tollwut, Trichinose und Typhus, bezüglich aller übrigen übertragbaren Krankheiten, wie insbesondere bei ägyptischer Augenentzündung, Diphtherie, Influenza, Keuchhusten, Masern, Scharlach, nur, „wenn eine derartige Krankheit in größerer Verbreitung oder in besonderer Heftigkeit auftritt". Hebammen haben über jede in ihrem Berufe wahrgenommene Erkrankung an Kindbettfieber Anzeige zu machen. Die Anzeigen haben innerhalb längstens 24 Stunden nach erlangter Kenntnis zu erfolgen, und zwar an jene Distriktsbehörde, in deren Bereich die Krankheit auftritt, in den Fällen der zuerst genannten Krankheiten aber zugleich auch an die einschlägige Ortspolizeibehörde.

Durch die Dienstordnung für die Leichenschauer vom 20. XI. 1885 (Ges.- u. Verordn.-Bl., S. 655) sind die Leichenschauer verpflichtet, wenn sich die Gewißheit oder der Verdacht ergibt, daß der Tod infolge von Cholera, Diphtherie, Genickstarre, Hospitalbrand, Kindbettfieber, Masern, Milzbrand, Pocken, Rotz, Ruhr, Scharlach, Tollwut, Trichinose oder Typhus erfolgt ist, hiervon ungesäumt der Orts- oder Distriktspolizeibehörde Anzeige zu erstatten.

Endlich gibt Art. 67, Abs. 2 P.Str.G.B. dem Staatsministerium des Innern, den Regierungen, Kammern des Innern, und den Distriktspolizeibehörden die Befugnis, weitere Anordnungen über die Anzeige übertragbarer Krankheiten, sei es im allgemeinen oder für einzelne Epidemien nach Bedarf zu erlassen.

c) Königreich Sachsen.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. VI. 1900 und die Ausführungsverordnung des Ministeriums des Innern vom 12. XII. 1900 (Veröff. d. K. G.A., 1901, S. 307), durch welche mit Pestuntersuchungen die Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege zu Dresden und das hygienische Universitätsinstitut zu Leipzig beauftragt wurde. Durch Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 4. X. 1902 (Veröff. d. K. G.A., 1903, S. 12) wurde Ärzten die unentgeltliche Untersuchung von Material bei ansteckenden Krankheiten durch die Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege zu Dresden zur Verfügung gestellt.

Durch Verordnung vom 9. V. 1890 (Veröff. d. K. G.A., S. 373) wurde den bei Diphtherie, Scharlach und Typhus zugezogenen

Ärzten die Verpflichtung auferlegt, bei Vermeidung von 15 M. Strafe dem Bezirksarzt von jedem einzelnen Erkrankungsfall sofort und spätestens 24 Stunden von erlangter Kenntnis an mündlich oder schriftlich Anzeige zu erstatten. Durch Verordnung vom 25. VI. 1904 (Veröff. d. K. G.A., S. 925) wurde diese Verpflichtung auch auf Krupp und Verdacht des Typhus ausgedehnt. Durch Verordnung vom 5. IX. 1904 (Veröff. d. K. G.A., S. 1054) wurde den Hebammen eine gleiche Anzeigepflicht für die Schälblasenkrankheit der Neugeborenen und ähnliche Hautkrankheiten auferlegt.

Durch Verordnung vom 29. IV. 1905 (Veröff. d. K. G.A., S. 555) wurde die Anzeigepflicht neu geregelt, so zwar daß nicht nur 1. der Arzt, sondern auch 2. der Haushaltungsvorstand, 3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person, 4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet, und 5. die Leichenfrau anzeigepflichtig gemacht wurden. Die Anzeigepflicht soll sich erstrecken auf jeden Erkrankungs- oder Todesfall an Krupp, Diphtherie, Genickstarre, Scharlach und Typhus sowie auf jeden Fall des Verdachtes der Genickstarre und des Typhus. Durch Verordnung vom 13. III. 1906 (Veröff. d. K. G.A., S. 845) wurde bestimmt, daß dem Typhus der vorgenannte Paratyphus gleich zu behandeln ist.

d) Königreich Württemberg.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. VI. 1900. Außerdem besteht eine unbedingte, in allen Fällen vorgeschriebene Anzeigepflicht nur noch für die Tollwut laut Verfügung des Ministeriums des Innern vom 5. II. 1872 (Reg.Bl., S. 52).

Für die übrigen übertragbaren Krankheiten ist durch § 4 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 14. X. 1830 (Reg.Bl. S. 484) vorgeschrieben, daß die Familienväter, die ausübenden Ärzte, Wundärzte, Geburtshelfer und Hebammen, die Schullehrer und die Aufseher öffentlicher Anstalten, wenn sie erfahren, daß in kurzer Zeit mehrere Personen von einer und derselben, mit bedenklichen Zufällen verknüpften Krankheit ergriffen sind, dem gemeinschaftlichen Amt (Ortspfarrer und ersten weltlichen Ortsvorsteher) Anzeige hiervon zu machen schuldig sind.

Laut Erlaß des Ministeriums des Innern vom 29. X. 1883 (Min.Amtsbl., S. 297) sind umfangreiche Epidemien von Diphtherie, Fleckfieber, Ruhr, Scharlach und Typhus von den Ortsvorständen den Oberämtern anzuzeigen, auch ist darüber von diesen und den Oberamtsphysikaten gemeinschaftlich dem Ministerium zu berichten.

Gemäß Verfügung des Ministeriums des Innern und des Kirchen-

und Schulwesens vom 13. VII. 1891 (Reg.Bl., S. 238), betreffend die für die Schulen angeordneten Maßregeln bei ansteckenden Krankheiten, haben die Lehrer bei kontagiöser Augenentzündung, Cholera, Diphtherie, Keuchhusten, Krätze, Masern, Pocken, Ruhr, Scharlach und Typhus über gefahrdrohende Krankheitsverhältnisse, bei welchen es sich um die Schließung der Schule handeln kann, ihre Wahrnehmungen sofort dem Ortsschulinspektor oder Anstaltsvorstand usw. mitzuteilen, und sind letztere verpflichtet, hiervon die Ortspolizeibehörde und den Oberamtsarzt zu benachrichtigen und an die vorgesetzte Schulbehörde zu berichten. Über jeden Fall von Diphtherie, Masern, Ruhr, Scharlach und Typhus bei einer im Schulhause wohnenden oder zum Hausstand eines Lehrers oder Schuldieners gehörende Person ist an den Ortsschulinspektor, Anstaltsvorstand u. s. w. und von diesem an die Ortspolizeibehörde zu berichten.

Durch Art. 25 Ziff. 3 des Polizeistrafgesetzes vom 27. XII. 1871/4. VII. 1898 (Reg.Bl. von 1871, S. 391 und von 1898, S. 149) ist den Polizeibehörden eine allgemeine Ermächtigung zur Anordnung des Anzeigezwanges für ansteckende Krankheiten erteilt, und mit Geldstrafe bis 150 M. oder Haft bestraft, wer der ihm auf Grund polizeilicher Vorschriften obliegenden Pflicht, von dem zu seiner Kenntnis gekommenen Ausbruch bestimmter, in den betreffenden Vorschriften zu bezeichnender ansteckender Krankheiten der Obrigkeit unverweilt Anzeige zu machen, nicht nachkommt.

e) Großherzogtum Baden.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. VI. 1900 nebst den Vollzugsbestimmungen vom 13. XI. 1900 (Veröff. d. K. G.A., S. 1236).

Außerdem besteht eine Anzeigepflicht für die behandelnden Ärzte bezüglich a) Diphtherie, Kindbettfieber, Krupp, Scharlach und Typhus in jedem einzelnen Erkrankungsfalle (gemäß Verordnung vom 30. XII. 1881 [Ges.- u. Verordn.-Bl., 1882, S. 1] und vom 8. XII. 1894 [Ges.- u. Verordn.-Bl., S. 433]); b) Keuchhusten, Masern und Ruhr bei epidemischem Auftreten (Ges.- u. Verordn.-Bl., 1882, S. 1); c) Lungen- und Kehlkopfschwindsucht in denjenigen Fällen, in welchen ein an vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht Erkrankter seine Wohnung wechselt oder in Rücksicht auf die Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet; ferner bezüglich jeden Falles von Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht bei einer in Schulen oder Erziehungsanstalten und den dazu gehörigen Räumlichkeiten wohnenden Person gemäß

Verordnung vom 30. I. 1902 (Ges.- u. Verordn.-Bl., S. 47). In der Verordnung vom 15. I. 1903 (Veröff. d. K. G.A., S. 510) wird bemerkt, daß unter „Wechsel der Wohnung" jegliches Aufgeben einer bisher durch einen ansteckungsfähigen Kranken benützten Wohnung zu verstehen sei, gleichgültig, ob dieses Aufgeben ein dauerndes oder ein nur vorübergehendes ist, und ob die bisherige Wohnung mit dem Krankenhaus oder einer anderweitigen Wohnung vertauscht wird.

f) Großherzogtum Hessen.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. VI. 1904 nebst den Ausführungsbestimmungen vom 26. X. und 22. XI. 1900 (Veröff. d. K. G.A., S. 1238/39).

Durch § 6 der Instruktion vom 23. V. 1846 und § 8 der Medizinalordnung vom 25. VI. 1861 war den Ärzten die Anzeige bei epidemischem Auftreten ansteckender Krankheiten auferlegt. Durch Ausschreiben des Ministeriums des Innern vom 21. XII. 1878 (Amtsbl. Nr. 26) wurde den Eltern schulpflichtiger Kinder die Anzeigepflicht für Erkrankungen ihrer Kinder an Diphtherie und Scharlach auferlegt. Nach dem Polizeistrafgesetz vom 30. X. 1855/10. X. 1871 §§ 349—355 besteht eine Anzeigepflicht für Pocken, ferner für ansteckende Krankheiten bei Ammen und bei Tollwut.

Durch § 78 der Kreis- und Provinzialordnung vom 12. VI. 1874 wurde den Kreisräten die Befugnis beigelegt, durch Polizeiverordnung auch die Anzeigepflicht für ansteckende Krankheiten einzuführen. Auf Grund dieser Bestimmung wurde in der Provinz Oberhessen am 27. April 1880 die Anzeigepflicht für Fleckfieber, Rückfallfieber und Typhus für Ärzte und sonstige mit der Behandlung der Kranken beschäftigte Personen eingeführt, jedoch nur für die Dauer von 6 Monaten. Im Kreise Gießen wurde am 1. Juni 1882 die Anzeigepflicht für Diphtherie und Scharlach eingeführt. Diesem Beispiele sind später nach und nach sämtliche 18 Kreise gefolgt. Die meisten Krankheiten wurden anzeigepflichtig im Kreise Alsfeld, nämlich Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, übertragbare Genickstarre, Granulose bei Schulkindern, Kindbettfieber, Krupp, Milzbrand, Pocken, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Tollwut, Trichinose, Typhus, Windpocken bei Erwachsenen, außerdem andere ansteckende Krankheiten, bei besonderer Bösartigkeit und besonders starker Verbreitung. In Kreise Alzey wurden nur Diphtherie, Fleckfieber, Rückfallfieber, Scharlach und Typhus für anzeigepflichtig erklärt. In der Mehrzahl der übrigen Kreise erstreckt sich die Anzeigepflicht auf Diphtherie, epidemische Genickstarre, Krupp, epidemische

Ruhr, Scharlach, Typhus, Windpocken bei Erwachsenen. Fakultativ, d. h. bei besonderer Bösartigkeit und besonders starker Verbreitung, anzeigepflichtig sind in fast allen Kreisen Keuchhusten und Masern.

Die Anzeigen sind zu erstatten: 1. von den behandelnden Ärzten oder solchen Personen, welche die Behandlung von Kranken übernehmen, an die Kreisgesundheitsämter, 2. von den Haushaltungsvorständen oder deren Stellvertretern an die Polizeibehörden. Die Vernachlässigung der Anzeigepflicht wird mit Geldstrafe bis zu 30 M. geahndet.

g) Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gelten das Reichsgesetz vom 30. VI. 1900 nebst den Ausführungsbestimmungen vom 4. IV. 1901 (Veröff. d. K. G.A., S. 693).

Nach Kapitel III, § 4 der Medizinalordnung von 1830 haben Ärzte, welche das Ausbrechen einer epidemischen Krankheit in Erfahrung bringen, davon sofort der Obrigkeit und dem kompetenten Kreisphysikus Anzeige zu machen.

Nach § 10 der Verordnung vom 24. IV. 1885 muß eine Hebamme, welche eine Wöchnerin mit Kindbettfieber in Behandlung hat, den zuständigen Aufsichtsarzt davon sofort in Kenntnis setzen.

Durch Bekanntmachung des Ministeriums, Abteilung für Medizinalangelegenheiten, vom 25. VIII. 1886 (Reg.Bl., S. 375) wurde die Anzeigepflicht für Ärzte für jede Erkrankung an Diphtherie eingeführt.

Durch höchste Verordnung vom 13. III. 1888 wurde die Anzeigepflicht für Ärzte für Todesfälle an Diphtherie, Flecktyphus, Milzbrand, Pocken, Rose, Rückfallfieber, epidemische Ruhr, Scharlach und Unterleibstyphus eingeführt; die Anzeige hat unverzüglich, spätestens aber innerhalb 24 Stunden an die Ortsobrigkeit und den zuständigen Kreisphysikus zu erfolgen.

Durch Ministerialverordnung vom 20. IV. 1905 (Veröff. d. K. G.A., S. 598) wurde die Anzeigepflicht für Ärzte für Genickstarre und Genickstarreverdacht eingeführt.

h) Großherzogtum Sachsen-Weimar.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gelten das Reichsgesetz vom 30. VI. 1900 und die Ausführungsbestimmungen dazu vom 13. XII. 1902.

Eine uneingeschränkte Anzeigepflicht für Ärzte besteht für jede Erkrankung an Typhus (Min.Verordn. vom 21. XI. 1898, Reg.Bl., S. 273) und Diphtherie (Min.Verordn. vom 16. X. 1899, Reg.Bl., S. 450). Außerdem hat gemäß Min.Verordn. vom 23. II. 1876 (Reg.Bl., S. 27) der Gemeindevorstand, sobald in einem Orte Fälle einer gefährlichen und ansteckenden Krankheit vorkommen, darüber ungesäumt und gleichzeitig sowohl an den Bezirksarzt als an den Bezirksdirektor zu berichten. Für die Dauer einer gefährlichen Epidemie ist der Bezirksdirektor ermächtigt, auf Antrag des Bezirksarztes je nach Bedürfnis für einen größeren oder kleineren Spengel der von der Seuche betroffenen oder bedrohten Ortschaften seines Verwaltungsbezirks die Verpflichtung aller daselbst praktizierenden Ärzte zur Anzeige bestimmter Krankheitsfälle an die betreffenden Gemeindevorstände anzuordnen. Eine Anzeigepflicht für Hebammen besteht für Todesfälle von Gebärenden oder Wöchnerinnen gemäß Ministerialverordnung vom 14. XI. 1906.

i) Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gelten das Reichsgesetz vom 30. VI. 1900 und die Ausführungsbestimmungen dazu vom 19. IV. 1901.

Eine uneingeschränkte Anzeigepflicht für jeden Krankheitsfall bestand durch Verordnung vom 28. X. 1886 für Diphtherie, außerdem für die Stadt Neustrelitz gemäß Polizeiverordnung von 1883 für Scharlach.

Außerdem war nach § 20 der Medizinalordnung vom 6. V. 1840 jeder Arzt des Landes verpflichtet, das Ausbrechen einer epidemischen Krankheit der Obrigkeit und dem Physikus zu melden.

Neugeregelt wurde die Anzeigepflicht durch Höchste Order vom 27. IV. 1905 (Offiz. Anz., S. 111). Danach haben die Ärzte jeden Fall von ägyptischer Augenentzündung, Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach und Typhus der Ortsobrigkeit und dem Physikus zu melden.

Dieselbe Anzeigepflicht wurde im Fürstentum Ratzeburg durch Bekanntmachung vom 30. VII. 1904 (Offiz. Anz., S. 201) eingeführt.

k) Großherzogtum Oldenburg.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gelten das Reichsgesetz vom 30. VI. 1900 und die Ausführungsbestimmungen dazu vom 20. XI. 1901.

Früher bestand eine Anzeigepflicht für jede Erkrankung und jeden Todesfall an Diphtherie, Krupp, Scharlach und Typhus.

Durch Bekanntmachung des Staatsministeriums, Departement des Innern, vom 24. VIII. 1904 (Ges.Bl., S. 179) wurde die Anzeigepflicht für Erkrankungen und Todesfälle sowie für Verdachtsfälle von Kindbettfieber, Rose, Rückfallfieber und Typhus, Erkrankungen und Todesfälle an Diphtherie oder Krupp, übertragbarer Genickstarre, Körnerkrankheit (Granulose, Trachom), Milzbrand, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Tollwut und Trichinose, Erkrankungen an vorgeschrittener Tuberkulose im Falle des Wohnungswechsels sowie für Todesfälle an Tuberkulose eingeführt. Zur Anzeige sind verpflichtet: 1. der zugezogene Arzt, 2. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten gewerbs- oder berufsmäßig beschäftigte Person, 3. der Haushaltungsvorstand, 4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat (Veröff. d. K. G.A., 1904, S. 1055).

l) Herzogtum Braunschweig.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. VI. 1900 nebst den Ausführungsbestimmungen dazu vom 8. XI. 1900. Letztere sind aufgehoben und ersetzt worden durch das Gesetz vom 26. VI. 1904.

Nach § 8 des Gesetzes vom 23. III. 1899 werden mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bestraft:

Familienhäupter, Haus- und Gastwirte sowie die die Heilkunde ausübenden Personen, welche von den in ihrer Familie, ihrem Hause oder ihrer Praxis vorkommenden Fällen wichtiger und zugleich dem Gemeinwesen Gefahr drohender Krankheiten unter Menschen, als Cholera, Pocken, Typhus, Raserei, Diphtheritis, Scharlach, Ruhr, Kindbettfieber, Trichinose, Milzbrand etc. nicht binnen 12 Stunden, nachdem ihnen der Krankheitszustand bekannt geworden, der Ortspolizeibehörde Anzeige machen,

wobei jedoch die erstgenannten Personen dann von Strafe freibleiben, wenn binnen der oben bezeichneten Frist ein inländischer Arzt den Krankheitsfall in Behandlung genommen hat, welchem alsdann die Anzeige obliegt.

Vollständig neugeregelt wurde die Seuchenbekämpfung in Braunschweig durch das Gesetz, betreffend die Ausführung des Reichsgesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. VI. 1900 und die Bekämpfung anderer übertragbarer Krankheiten, vom 26. VI. 1904 (Ges.- u. Verordn.-Samml., S. 201, Veröff. d. K. G.A., S. 978). Das Gesetz ist im Text dieser Arbeit eingehend berücksichtigt worden. Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetze ergingen unter dem 23. V. 1906.

m) Herzogtum Sachsen-Meiningen.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 nebst den Ausführungsbestimmungen dazu vom 3. Nov. 1900 und vom 28. Sept. 1901.

Im übrigen besteht Anzeigepflicht für Erkrankungen und Verdachtsfälle von brandiger Bräune (Angina maligna), Milzbrand, Rotz, bösartiger ansteckender und epidemischer Ruhr, Typhus und Wasserscheu, Erkrankungen an ansteckender Ausschlagskrankheit (Impetigo contagiosa), Genickstarre und Kindbettfieber, besonders bösartige oder besonders zahlreich vorkommende Fälle von Masern, Röteln und Scharlach, solche Fälle von Syphilis, Krätze, bösartigem Kopfgrind, Krebs, Schwindsucht und Gicht, deren Verschweigung für die Kranken selbst oder allgemein nachteilige Folgen haben würde.

Die Anzeigepflicht bei Kindbettfieber wurde eingeführt durch Ausschreiben des Staatsministeriums vom 9. Dez. 1901.

n) Herzogtum Sachsen-Altenburg.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gelten das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 und die Ausführungsbestimmungen dazu vom 17. Jan. und 11. April 1902.

Bereits durch Gesamtministerial-Bekanntmachung vom 20. August 1899 (Ges.-Samml. S. 135) war die Anzeigepflicht eingeführt worden:

bei Erkrankungen und Verdachtsfällen von Aussatz, Flecktyphus, Genickstarre und Typhus;

bei Erkrankungen an granulöser Augenentzündung, Bißverletzungen durch tollwutkranke Tiere, Cholera, Diphtherie, Kindbettfieber, Milzbrand, Rotz, Ruhr, Scharlach, Trichinose, Wurmkrankheit, Wutkrankheit;

bei Todesfällen an Tuberkulose.

Die Anzeige hat ungesäumt binnen 24 Stunden an die Polizeibehörde schriftlich oder zu Protokoll zu erfolgen. (Ges.-Samml. S. 135.)

Die Anzeigepflicht des Wohnungswechsels bei Tuberkulose wurde für Ärzte durch Verordnung des Min. vom 12. Juni 1906 eingeführt. (Ges.-Samml. S. 59; Veröff. d. K. G.A. 1906, S. 846.)

o) Herzogtum Sachsen-Coburg und Gotha.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gelten das Reichsgesetz vom 30. Juni und die Ausführungsbestimmungen dazu vom 30. Dez. 1900. Nach der Ver-

ordnung vom 9. Februar 1882 (Ges.-Samml. S. 47) waren anzeigepflichtig:

jede Erkrankung und jeder Verdachtsfall an Kindbettfieber,

jede Erkrankung an Blattern, Cholera, Diphtheritis, Flecktyphus, Rückfallfieber, Ruhr (Dysenterie) und Typhus;

anzeigepflichtig waren die Angehörigen oder Hausgenossen des Kranken binnen 24 Stunden.

Treten an einem Orte Erkrankungen an Scharlach oder Masern auf, so hat der behandelnde Arzt den ersten in seine Behandlung kommenden Fall sofort und zwar längstens binnen 3 Tagen, die weiteren Fälle von 14 zu 14 Tagen der Ortspolizeibehörde anzuzeigen.

Für Coburg gilt die gleichlautende Verordnung vom 27. Februar 1882.

p) Herzogtum Anhalt.

Nach der Verordnung der Regierung, Abteilung des Innern, vom 15. Okt. 1882 (Ges.-Samml. S. 15) haben die Ärzte binnen 12 Stunden schriftlich oder mündlich anzuzeigen:

jede Erkrankung an Cholera, Pocken, Fleck-, Rückfall- und Unterleibstyphus, Diphtheritis, Scharlach, bösartigen Masern, bösartiger Ruhr, blennorrhoischer Augenentzündung, Kindbettfieber, Wasserscheu, Trichinose, Milzbrand, Rotz- und Wurmkrankheit.

Falls ein behandelnder Arzt nicht vorhanden, liegt die Anzeigepflicht dem Haushaltungsvorstand bezw. dem Hauswirte ob, bei Kindbettfieber der Hebamme.

Durch Verordnung der Regierung vom 24. Mai 1886 (Ges.-Samml. S. 213) wurde eine Anzeigepflicht für Genesung und für Todesfälle eingeführt.

Durch Verordnung vom 4. Sept. 1899 (Ges.-Samml. S. 319) wurden Erkrankungen an Pest und pestverdächtige Fälle für anzeigepflichtig erklärt.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 nebst den Ausführungsbestimmungen zu demselben, nämlich dem Gesetz vom 22. März 1904 (Ges.-Samml. S. 31) und der Verordnung vom 26. Sept. 1904. Durch Erlaß der Regierung vom 19. Juni 1906 wurde die Anzeigepflicht für Fälle von Genickstarreverdacht eingeführt.

q) Fürstentum Schwarzburg-Sondershausen.

Nach der Verordnung vom 22. Sept. 1899 (Ges.-Samml. S. 205) sind binnen 24 Stunden schriftlich oder mündlich anzuzeigen:

1) Erkrankungen, Todesfälle und Verdachtsfälle von Cholera, Kindbettfieber, Pest, Pocken und Typhus (Typhus abdom., Typhus exanthem., Typhus recurr.),

2) Erkrankungen und Todesfälle an Diphtheritis, Masern, Ruhr und Cholera.

Zur Anzeige verpflichtet sind: 1) der behandelnde Arzt, 2) der Haushaltungsvorstand, 3) jede sonst mit der Behandlung beschäftigte Person, 4) derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 nebst den Ausführungsbestimmungen vom 18. Sept. 1901.

r) Fürstentum Schwarzburg-Rudolstadt.

Nach der Verordnung vom 6. Juni 1870 besteht Anzeigepflicht für jeden Fall von Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Milzbrand, Rotz und Wurm, Rückfallfieber, Ruhr (epidemische), Scharlach, Unterleibstyphus (gastrisches, Schleim- oder Nervenfieber) und Wutkrankheit.

Außerdem haben die Lehrer jeden Fall von kontagiöser Augenentzündung, Influenza, Keuchhusten, Krätze, Masern und Röteln anzuzeigen, welcher sich ereignet:

a) unter Kindern, die die betreffende Schule besuchen,

b) unter den Bewohnern des Schulhauses,

c) innerhalb ihrer eigenen Familie.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 nebst den Ausführungsbestimmungen vom 13. April 1901.

s) Fürstentum Waldeck und Pyrmont.

Nach der Landespolizeiverordnung vom 28. Sept. 1897 besteht unbedingte Anzeigepflicht für alle Fälle von Bißverletzung durch tollwutkranke Tiere, Diphtherie, Kindbettfieber, Milzbrand, Rotz, Ruhr, Typhus und Wut; anzeigepflichtig sind ferner:

Epidemien von Genickstarre, Masern, Röteln, Scharlach und Trichinose, „und zwar, sobald an einem Orte der dritte Erkrankungsfall vorkommt“.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900. Ausführungsbestimmungen zu demselben sind noch nicht erlassen.

t) Fürstentum Reuss ältere Linie.

Anzeigepflichtig ist jede Erkrankung an Diphtherie, Kindbettfieber, Masern, Scharlach und Unterleibstyphus (Nervervenfieber, gastrisches Fieber).

Gemäß Verordnung vom 3. Juli 1905 (Ges.-Samml. S. 41) ist ferner anzeigepflichtig:

jede Erkrankung, jeder Todesfall und jeder Verdachtsfall von Genickstarre, und zwar sind zur Anzeige verpflichtet;

1) der zugezogene Arzt, 2) der Haushaltungsvorstand, 3) jede sonst mit der Behandlung befaßte Person, 4) der Leichenwärter oder die Wärterin, eventuell der Leichenschauarzt.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgetz vom 30. Juni 1900 nebst den Ausführungsbestimmungen vom 1. Juni 1901.

u) Fürstentum Reuss jüngere Linie.

Nach der Ministerial-Verordnung vom 21. Februar 1894 (Amts- und Verordn.-Bl. S. 99) besteht eine unbedingte Anzeigepflicht in jedem Falle von Scharlach, Masern, Keuchhusten, Rückfallfieber, ansteckenden Augenkrankheiten, Krupp, Diphtherie, Ruhr, Wochenbettfieber, brandiger Lungenentzündung, Genickstarre, übertragbaren Tierkrankheiten (Wut, Rotz u. s. w.), Cholerine sowie sonstigen Krankheiten choleraähnlicher Art.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgetz vom 30. Juni 1900 nebst den Ausführungsbestimmungen vom 6. März 1901.

v) Fürstentum Lippe.

Verordnung, betr. das Verfahren bei ansteckenden Krankheiten, vom 5. Juli 1888 (Ges.-Samml. S. 79):

§ 1. Alle Familienhäupter, Haus-, Gast- und Quartierwirte, Haushaltungsvorstände, Pensionshalter, sowie Ärzte und andere Personen, die sich mit Ausübung der Heilkunst beschäftigen, sind verpflichtet, jeden in ihrer Familie, ihrer Wirtschaft und ihrem Hausstande, bezw. bei ihrer Ausübung der Heilkunst vorkommenden Fall an a) Cholera, b) Ruhr (epidemischer), c) Scharlach, d) Diphtherie, e) Blattern, f) Flecktyphus, g) Rückfallfieber, h) Unterleibstyphus (gastrisches, Schleim- oder Nervenfieber), i) Genickstarre, k) Kindbettfieber, l) Rotz, m) Milzbrand, n) Wutkrankheit schriftlich oder mündlich ungesäumt nach der Erkennung der Krankheit anzuzeigen.

In den Fällen, wo ein Arzt zugezogen ist, hat dieser allein die Anzeige bei der Polizeibehörde zu erstatten.

§ 2. Erkrankt eine in einem Schulhause wohnende Person an einer der in § 1 a bis g genannten Krankheiten, oder an o) Masern, p) Röteln, q) Keuchhusten, r) Mumps (Ziegenpeter), s) kontagiöser Augenentzündung, oder t) an Krätze, so ist dies anzuzeigen.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 nebst den Ausführungsbestimmungen vom 20. Nov. 1902.

w) Fürstentum Schaumburg-Lippe.

Nach der Polizeiverordnung vom 19. Dez. 1900 (Schaumburg-Lippesche Landesverordnungen, 1900 No. 31) sind anzeigepflichtig außer den 6 Krankheiten des Reichsgesetzes:

1) Erkrankungen, Todesfälle und Verdachtsfälle von Genickstarre und Typhus;

2) Erkrankungen und Todesfälle an Bißverletzungen durch tollwutkranke Tiere, Diphtherie, Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Trichinose, Wochenbettfieber und Wut.

Anzeigepflichtig sind dieselben Personen wie im Reichsgesetze, ebenso gelten bei den Krankheiten die Schutzmaßregeln desselben.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900, zu welchem die vorstehend erwähnte Polizeiverordnung die Ausführungsvorschrift darstellt.

x) Freie und Hansestadt Lübeck.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gelten das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 und die Ausführungsverordnungen dazu vom 26. Sept. und 12. Nov. 1900.

Außer den Krankheiten des Reichsgesetzes sind unbedingt anzeigepflichtig:

Diphtheritis, Granulose, epidemische Genickstarre, Malaria, Masern, Milzbrand, Ruhr, Scharlach, Tollwut, Trichinose, Typhus (abdomin., exanthem., recurr.) und Wochenbettfieber.

y) Freie und Hansestadt Bremen.

Bis 1902 waren nur die Ärzte auf Grund der bestehenden Medizinalordnung wie die Vorsteher der Krankenanstalten zu

formularmäßiger Anmeldung verpflichtet von ansteckender Augenentzündung, Darmtyphus, Diphtherie, Kindbettfieber, Kopfgenickstarre, Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr (Dysenterie), Scharlach, Tollwut bezw. Verletzungen durch wutkranke und wutverdächtige Tiere und Trichinose.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900. Durch Verordnung vom 27. Nov. 1902 (Ges.-Samml. S. 11) wurde die Anzeigepflicht für jede Erkrankung und jeden Todesfall an Darmtyphus, Rückfallfieber, Diphtherie, Scharlach, Ruhr (Dysenterie), Kopfgenickstarre (Meningitis cerebrospinalis), Kindbettfieber, granulöse Augenentzündung, Tollwut, Verletzungen durch tollwütige oder tollwutverdächtige Tiere, Milzbrand, Rotz, Trichinose, Beri-Beri und Skorbut eingeführt. Die Anzeige ist „unverzüglich“, und zwar an das Medizinalamt, zu erstatten.

Die Reihenfolge der zur Anmeldung Verpflichteten ist dieselbe wie in dem Reichsgesetz.

z) Freie und Hansestadt Hamburg.

Nach der Medizinalverordnung vom 21. Dez. 1894 (Reincke, Das Medizinalwesen des Hamburgischen Staates, Hamburg 1900) hatten die Ärzte anzuzeigen:

1) binnen 24 Stunden: Pocken, Pest, Gelbfieber, Cholera und alle choleraverdächtigen Erkrankungen, Fleckfieber, Wochenbettfieber, Milzbrand, Rotz, Hundswut, Trichinose;

2) wöchentlich: Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten, Abdominaltyphus, Ruhr, Brechdurchfall bei Erwachsenen und Kindern, Malaria, epidemische Genickstarre.

Anzeigepflicht für Lepra bestand seit der Verordnung vom 27. August 1897.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gelten jetzt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 und die Ausführungsverordnung vom 29. August 1900.

aa) Elsass-Lothringen.

Durch Verordnung vom 10. August 1895 wurde Ärzten die Anzeigepflicht auferlegt für Erkrankungen und Todesfälle an Pocken, Cholera, Typhus, Ruhr (Dysenterie), Scharlach und Diphtherie.

Bezüglich Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken gilt jetzt das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900.

Für die übrigen übertragbaren Krankheiten wurde die Anzeige-

pflicht neugeregelt durch Erlaß des Ministeriums, Abteilung des Innern, vom 19. Okt. 1902 (Veröff. d. K. G.A. 1903, S. 55).

Hiernach sind die Ärzte verpflichtet, von jeder Erkrankung

a) an Unterleibstyphus sowie von jeder Erkrankung, welche den Verdacht des Unterleibstyphus erweckt oder ihm ähnlich ist (Paratyphus),

ferner von jeder Erkrankung

b) an Ruhr (Dysenterie), Diphtherie und Scharlach, an Kopfgenickstarre (Meningitis cerebrospinalis), Rückfallfieber und Wochenbettfieber,

deren Behandlung ihnen anvertraut wird, längstens binnen 24 Stunden nach Feststellung der Krankheit oder des Verdachts dem Kreisarzt . . . . schriftlich Anzeige zu erstatten.

In gleicher Weise ist

c) Anzeige zu erstatten von dem Vorkommen von Massenerkrankungen an der Körnerkrankheit (Trachom).

Literaturverzeichnis.

Kirchner, M., Das preußische Seuchengesetz vom 28. August 1905. Deutsche med. Wochenschr., 1906, Nr. 9 und 10.

Markull, W., Die Gesetze, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 30. Juni 1900 und 28. August 1905, mit Erläuterungen für den praktischen Gebrauch. Berlin, C. Heymann, 1906.

Martineck, Das preußische Landesgesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Preußisches Seuchengesetz). Deutsche Medizinal-Ztg., 1905, Nr. 71/73.

—, Einführung in das Preußische Seuchengesetz vom 28. August 1905 nebst einem Anhang über die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten der praktischen Ärzte, Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1906.

Nesemann, F., Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905. Zeitschr. f. soziale Med., 1906, S. 55—61, 145—167, 229—248, 294—330.

Rapmund, O., Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, nebst den dazu erlassenen allgemeinen Ausführungsbestimmungen und Anweisungen für die einzelnen Krankheiten. Zeitschr. f. Med.-Beamte. 1906, Heft 20.

Schmedding, Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Centralbl. f. allgem. Gesundheitspfl., 24. Jahrg., 1905, S. 287—308.

Schmedding, A., Die Gesetze, betreffend die Bekämpfung ansteckender Krankheiten, und zwar 1) Reichsgesetz, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900, 2) Preußisches Gesetz, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905, nebst Ausführungsbestimmungen, erläutert für Preußen. Münster i. W., Aschendorff, 1905.

Schneider, K., Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905 und die Ausführungsbestimmungen dazu in der Fassung vom 15. September 1906, Breslau, Kern, 1907.

Sachregister.

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena — 3208